

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde**  
**Infantil e Pediatria**

**Relatório de Estágio**

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método**  
**Canguru como Terapêutica de Enfermagem**  
**Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e**  
**Família na UCIN**

**Cátia Manuela Saraiva Lucas**

**Lisboa**

**2016**

Three thick, wavy green lines of varying shades (light green, medium green, and dark green) sweep across the bottom right corner of the page, creating a dynamic, organic feel.

## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

#### **Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**


**Cátia Manuela Saraiva Lucas**

Orientador: Enfermeira Especialista M. Teresa Oliveira Marçal

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“She holds the infant with her hands, with her eyes, with her voice and smile...”*

(Brazelton, 1974)

O meu Obrigada,

Aos meus pais, por toda a preocupação que só um amor paternal dedicado consegue demonstrar.

À minha família para quem estou e está sempre lá para mim, pelo que passámos juntos, nesta fase das nossas vidas.

Ao Filinto pela paciência e principalmente pelo incentivo de que este será sempre o caminho certo.

À Professora Maria Teresa de Oliveira Marçal, orientadora deste trabalho, pela incondicional disponibilidade, estímulo, crítica, tempo dispensado e pelo que muito contribuiu para a realização deste trabalho.

À Enfermeira Ana Isabel Gregório, orientadora em contexto clínico, e à Sra. Enfermeira Sónia Semião, chefe de serviço, pelos seus sábios conselhos de Enfermeiras Especialistas e dois modelos na minha vida profissional.

Aos colegas do 6º CMEESIP e aos colegas de serviço, pela ajuda na construção deste projeto e por partilharem comigo o mesmo querer, melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pais e crianças da nossa unidade.

## **Lista de abreviaturas**

BPN- Baixo peso ao nascer

CCF- Cuidados centrados na família

CD- Cuidados para o desenvolvimento

DGS- Direcção-Geral da Saúde

CMEESIP- Curso de Mestrado de Especialização na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CSIJ- Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

EE ESCJ- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EE ESIP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GOBP- Guia Orientador de Boa Prática

GDMC- Grupo Dinamizador do Método Canguru

IG- Idade gestacional

IP- Internamento de Pediatria

MC- Método canguru

MNFCD- Medidas não farmacológicas de controlo da dor

OE- Ordem dos enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN- Recém-nascido

RN Pt- Recém-nascido prematuro

UC- Unidade curricular

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UP- Urgência Pediátrica

WHO- World Health Organization

## RESUMO

O presente relatório espelha o processo de desenvolvimento de aprendizagens pessoais e profissionais, ocorrido ao longo do 6º curso de mestrado e especialização na área de enfermagem de saúde infantil e pediatria, cujo objetivo era desenvolver competências de enfermeiro especialista nessa área em contexto de comunidade, urgência e internamento pediátricos e unidade de cuidados intensivos neonatais. Este trabalho teve como base a evidência científica produzida e os documentos orientadores da profissão que, através da reflexão sobre a prática e das aprendizagens, me levaram a desenvolver um conjunto de competências que me permitiram compreender a dimensão do exercício profissional do enfermeiro especialista. Utilizando a metodologia de projeto, parti de um problema, sentido a nível pessoal e institucional, que se prendeu com a necessidade de acompanhar as diretrizes que as entidades reguladoras em saúde, nacionais e internacionais, emanam a nível da realização do método canguru, mais concretamente a sua abrangência a todos os recém-nascidos, no meu caso particular, a necessidade de uma verdadeira aposta na consolidação deste método na UCIN. Após esse passo, foi elaborado um plano de trabalho em que se definiram objetivos e atividades perspetivando resultados, quer a nível da consolidação da prática do método canguru, quer a nível da promoção do desenvolvimento infantil saudável. As entidades reguladoras em saúde são claras em relação ao método canguru, defendendo que deve ser atingida uma taxa de cobertura universal, mesmo nos países em que esteja disponível uma avançada tecnologia hospitalar. Só assim serão atingidos resultados a nível da mortalidade infantil, da amamentação, da vinculação e do desenvolvimento infantil. Este método traz ainda, subsídios às diferentes transições experienciadas pela criança e família a nível hospitalar. Sendo um exemplo de cuidados para o desenvolvimento ao mesmo tempo que acompanha a filosofia dos cuidados centrados na família. Atribuo-lhe, ao longo deste trabalho, na perspetiva de Meleis, a designação de terapêutica de enfermagem facilitadora da experiência transicional que a criança e sua família vivem numa UCIN.

**Palavras-chave:** prematuridade; desenvolvimento infantil; transição; terapêutica de enfermagem; método canguru.

## **ABSTRACT**

This report reflects the process of development of personal and professional learning, attained over the 6th master's course in nursing in infant and pediatrics' health specialization, whose goal was to develop specialist nursing skills in this area in the context of community, emergency and pediatric internment unit and neonatal intensive care unit. This work was based on the scientific evidence produced and the guiding documents of the profession, which, through reflection on practice and learning, led me to develop a set of skills that allowed me to understand the dimension of professional practice of the nurse specialist. Using the project methodology, I started from a problem, felt on a personal and institutional level, which was the need to follow the guidelines that emanate from the regulatory authorities in health, national and international, at the level of achievement of the kangaroo care, specifically its scope to all newborns, and in my particular case, the need for a real commitment to consolidation of this care in the NICU. After this step, a work plan was designed which defined objectives and activities foreseeing results, whether in terms of consolidation of the practice of the kangaroo care, and in terms of promoting healthy child development. Regulatory authorities in health are clear in regard to the kangaroo care, arguing that universal coverage rate should be achieved, even in countries where advanced hospital technology is available. Only then will the results be achieved at the level of infant mortality, breastfeeding, maternal-infant bonding and child development. This method brings further benefits to the different transitions experienced by the child and family in hospital. Being an example of developmental care while accompanying the philosophy of family centered care. I attribute it, throughout this work, and in the perspective of Meleis, the designation of nursing therapy enabling the transitional experiment that child and family go through while staying at a NICU.

**Keywords:** prematurity; child development; transition; nursing therapy; kangaroo care.



## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO .....  | 11 |
| 1- PROBLEMÁTICA.....  | 17 |
| 1.1 Prematuridade- uma experiência transicional na UCIN.....  | 17 |
| 1.2- Método canguru - da evidência à prática .....  | 24 |
| 2- REFERENCIAL TEÓRICO .....  | 26 |
| 2.1- A teoria transicional na interpretação das situações de<br>saúde/doença da criança e família .....   | 26 |
| 2.2- Os Cuidados Centrados na Família como abordagem fundamental<br>nos cuidados pediátricos .....  | 28 |
| 2.3- Os Cuidados para o Desenvolvimento na promoção do crescimento<br>e desenvolvimento infantis.....   | 29 |
| 3 - PERCURSO FORMATIVO - O CAMINHO DE DESENVOLVIMENTO<br>DE COMPETÊNCIAS DE EE ESCJ.....  | 33 |
| 3.1- Promoção do desenvolvimento da criança a viver as experiências<br>de transição associadas às fases do seu ciclo de vida e às suas situações de<br>saúde e doença ..... | 36 |
| 3.2- Proposta de programa de consolidação da prática do Método<br>Canguru como terapêutica de enfermagem na experiência transicional da<br>criança e família na UCIN .....  | 51 |
| 4- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....  | 57 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 61 |

## **ANEXOS E APÊNDICES**

### **ANEXOS**

Anexo 1- Desenvolvimento cerebral desde as 25 semanas de gestação até à idade adulta

Anexo 2 - Modelo do Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento

Anexo 3- VI Jornadas Internacionais de Neonatologia e XLIV Jornadas Nacionais de Neonatologia-Programa

Anexo 4- II Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa-Programa

### **APÊNDICES**

Apêndice 1 - Benefícios do MC segundo a idade gestacional segundo cada autor/investigador

Apêndice 2 – Modelo teórico de Afaf Meleis

Apêndice 3-Cronograma de estágio

Apêndice 4- Plano de trabalho

Apêndice 5- Guião de observação de experiências de transição

Apêndice 6- *Poster*

Apêndice 7- Índice *dossier* Método Canguru

Apêndice 8- Procedimento revisto sobre o Método canguru

Apêndice 9- Apresentação da sessão de trabalho realizada com a equipa de enfermagem da UCIEN

Apêndice 10- Folheto Método Canguru

## **INTRODUÇÃO**

Ao longo do 6º Curso de Mestrado de Especialização na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMEESIP), foi utilizada a metodologia de projeto que, segundo D’Espiney<sup>1</sup> 2015, consiste no planeamento de um trabalho a ser executado, com a função de elaborar estratégias e definir ações para solucionar um problema e perspetivar os resultados. Seguindo essa metodologia foi realizado um projeto que teve como finalidade o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EE ESCJ) através da realização de um estágio que abrangesse a componente científica, técnica e humana para a conceção, gestão, prestação e supervisão<sup>1</sup> de cuidados de enfermagem avançados à criança/jovem e sua família, e que, são agora, através deste relatório, relatadas.

No decorrer de todo o processo, em muito ajudou a realização de um projeto de estágio, onde pude previamente sustentar e delinear o percurso e plano de trabalho para a execução das minhas atividades. Muitos desses contributos são novamente aqui descritos e mobilizados, ainda que, numa dinâmica mais aprofundada.

Este trabalho pretende espelhar o percurso feito ao longo do estágio, mas também os contributos que foram sendo desenvolvidos e adquiridos ao longo de todo o curso de pós-licenciatura em enfermagem de saúde infantil e pediatria, que, juntamente com a evidência científica já produzida e os documentos orientadores da profissão, me levaram, através da reflexão sobre a prática e das aprendizagens, a compreender a dimensão do exercício profissional do enfermeiro especialista.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) emanou, recentemente, o regulamento relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, tornando claro os focos de intervenção do EE ESCJ. De entre os vários enunciados descritivos, destaco o que diz respeito à satisfação da criança/jovem e o item

---

<sup>1</sup> UC opção II (documentos de apoio) Professora D’Espiney, ESEL, 2015

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

que refere que o EE ESCJ deverá concretizar atividades que visem minimizar o impacto relacionado com a hospitalização e/ou vivências de situações de risco e de doença crónica. Aqui, segundo a teoria das transições de Afaf Meleis que orientou o meu pensamento de enfermagem, classifico aquelas atividades como terapêuticas de enfermagem facilitadoras da experiência transicional da criança e família. Ainda, no mesmo documento, são referidos os cuidados à criança/jovem e família tendo por base uma filosofia dos cuidados pediátricos que evidenciam os Cuidados Centrados na Família. Estes têm por finalidade

a promoção das competências da criança e do jovem, emergindo a este nível como axiomas empíricos, a maximização e potenciação da saúde; a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios; a promoção da vinculação; a promoção da autoestima e autodeterminação do jovem com especial destaque para as escolhas relativas ao seu projeto de saúde; o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como um recurso para a intervenção (OE, 2011a, p.15).

Neste contexto, deverá procurar caracterizar-se o nível de participação dos pais, “mediante um processo de negociação, liderança e decisão, que incorpora a sua participação nos cuidados da menor à maior complexidade à criança/jovem, sendo este processo caracterizado pela supervisão da responsabilidade do EE ESCJ” (OE, 2011a, p. 15).

Deste modo, procurei encontrar, com base na minha experiência profissional, questões que carecessem de maior atenção na consecução de práticas de cuidados centrados na família, bem como de parceria de cuidados, áreas que muito me dizem, e que, vejo como essenciais no presente e no futuro da enfermagem pediátrica. A OE enfatiza esta necessidade de parceria, no seu Guia Orientador de Boa Prática (GOBP), 2015, referindo-se à adaptação à parentalidade durante a hospitalização, refere que os enfermeiros têm o dever de incluir os pais nos cuidados prestados à criança, e que só assim estarão a salvaguardar um desenvolvimento pleno da criança durante a hospitalização (OE, 2015).

A nível profissional o Método Canguru (MC), pelo seu carácter promotor do desenvolvimento infantil, tornou-se num tema aliciante, e, ao realizar uma revisão crítica da literatura sobre o tema, verifiquei que, na minha unidade, muito podia vir a ser feito para melhorar/consolidar esta prática. O presente projeto surge de uma necessidade pessoal e individual face ao meu contexto

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

de trabalho, mas, também e principalmente, surge com o objetivo de obter resultados ao nível das transições que os meus clientes (criança e família) vivenciam na minha unidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), 2012, no seu relatório “*born too soon*”, refere que o MC deve ser oferecido a todos os recém-nascidos (RN), independentemente da idade gestacional (IG) e condições clínicas, em qualquer ambiente, mesmo onde a tecnologia é avançada, e estão disponíveis os melhores cuidados de saúde, no sentido desta mesma prática dispor de benefícios comprovados na evidência a nível, não só da mortalidade infantil, mas também em focos tão importantes como o desenvolvimento infantil, a amamentação e a vinculação. Mais recentemente, através de um documento de 2015, a OMS recomenda intervenções promotoras de resultados nos nascimentos prematuros de todo o mundo e onde o MC vigora como sendo um cuidado que deve ser oferecido aos RN de forma contínua, ou, caso não seja possível, de forma intermitente. Neste sentido, o meu projeto teve, também, além da finalidade acima referida, o propósito de dinamizar/consolidar a prática do MC na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) onde trabalho, encarando-o como uma terapêutica de enfermagem facilitadora das transições que a criança e sua família ali vivenciam.

A partir desta finalidade, estabeleci o percurso a realizar traçando objetivos, atividades e perspetivando recursos, de forma a desenvolver um conjunto de competências que me permitiram compreender a dimensão do exercício profissional do enfermeiro especialista numa lógica de enfermagem avançada. Para tal, tive como base a evidência científica produzida e os documentos orientadores da profissão que, através da reflexão sobre a prática e das aprendizagens a realizar, me ajudaram a desenvolver um conjunto de competências e a adquirir um *verdadeiro saber*.

O enfermeiro especialista, de acordo com o REPE (Decreto-lei n.º104/98, de 21 de Abril), deve ser detentor de competência científica, técnica e humana, para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, proporcionando benefícios essenciais para a saúde da população e para o progresso da profissão. As competências comuns de enfermeiro especialista a desenvolver englobam os

domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010 a). A nível das competências específicas do EE ESCJ (OE, 2010 b), e após o meu autodiagnóstico de necessidades, propus-me desenvolver, além de todas as outras, mais aprofundadamente, i) a competência **E1** em que o enfermeiro **assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde**, a qual integra como unidade de competência - “implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.” E neste sentido propus-me, tendo como referência os critérios de avaliação da referida competência, confrontando-os com as atividades por mim delineadas, a dar especial atenção á importância da negociação com a criança e família, à comunicação e informação adequada, à sua motivação e a um trabalho conjunto, no sentido da assunção dos seus papéis e de comportamentos saudáveis, sempre tendo em conta e utilizando estratégias adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e ii) a competência **E3** em que o enfermeiro **presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem**. Em que procurei, especificamente, promover o crescimento e o desenvolvimento Infantil avaliando-o e aprofundando conhecimentos sobre o mesmo, de modo a poder ajudar a criança e família na sua potencialização. Procurei ainda promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, propondo-me a mobilizar conhecimentos e intervenções que fossem facilitadoras da transição para a parentalidade.

Neste sentido, delineei como primeiro objetivo geral: Desenvolver competências de EE ESCJ na promoção do desenvolvimento saudável da criança, a viver as experiências de transição associadas às fases do seu ciclo de vida e às suas situações de saúde e doença. E como respetivos objetivos específicos: i) compreender as experiências transicionais da criança e família numa situação de saúde/doença; ii) analisar as práticas relativas a processos de cuidados e a terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências transicionais saudáveis; iii) compreender a influência dos cuidados para o

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

desenvolvimento nas transições relativas ao crescimento e desenvolvimento infantis; iv) desenvolver processos de cuidados mobilizadores de terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências de transição saudáveis.

Como segundo objetivo geral pretendi elaborar um programa que promovesse a consolidação da prática do Método Canguru como terapêutica de enfermagem facilitadora da experiência transicional da criança e família na UCIN. Foram seus objetivos específicos: i) analisar as práticas de realização do MC, enquanto terapêutica de enfermagem, cuidado para o desenvolvimento do RN e cuidado centrado na família; ii) liderar o processo de consolidação da prática do MC enquanto terapêutica de enfermagem, otimizando os contributos da equipa multiprofissional, garantindo a segurança e a qualidade na sua implementação; iii) capacitar a equipa de enfermagem para a consolidação do Método Canguru na sua prática; iv) capacitar os pais para a realização do MC, facilitando o processo de vinculação e a transição para a parentalidade.

Este relatório está organizado em quatro capítulos. O primeiro, referente à definição da problemática e suas dimensões, ponto de partida do projeto, onde procurei clarificar os motivos da escolha do meu tema, através da evidência existente. O segundo diz respeito ao referencial teórico utilizado na sustentação do meu pensamento, onde especifico a filosofia dos cuidados e o modelo orientador que suporta toda a análise e reflexão realizadas. No terceiro capítulo, faz-se uma análise e reflexão crítica sobre o percurso de desenvolvimento de competências realizado nos diferentes contextos de estágio. Para uma melhor compreensão dos processos de trabalho neste terceiro capítulo, optou-se por estruturá-lo de acordo com os dois objetivos gerais a que me propus e já referidos nesta introdução. Por fim, num quarto capítulo tecem-se as considerações finais sobre o projeto e percurso de estágio realizado, ao mesmo tempo que se perspectivam estudos e questões para investigação futuros.

Tendo início no projeto, desenvolvendo-se ao longo do estágio e em todos os capítulos deste relatório, a metodologia utilizada foi a reflexão sobre a prática, para a qual, como já foi referido, me sustentei nos referenciais teóricos e nos documentos orientadores da profissão. Inerente a este processo de aprendizagem, foi ainda a realização de uma revisão crítica da literatura, que

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

foi sendo complementada ao longo de todo o percurso, recorrendo a bases de dados como a CINAHL e a B-on, onde pesquisei artigos dos últimos 5-10 anos contendo no seu resumo as palavras *kangaroo care* e *newborn*, chegando a cerca de 750 artigos. Foquei-me nos que correspondiam aos objetivos delineados (cerca de 5%), e recorri a entidades como a OMS, que muito defende o MC e a sua implementação transversal e mundial e a OE, que através dos documentos orientadores da profissão enfatiza os Cuidados Centrados na Família (CCF) e a parceria de cuidados como promotores da parentalidade. Ao longo de todo este percurso, procurei estruturar o meu pensamento de enfermagem sustentando-me no modelo teórico de Afaf Meleis.



## **1- PROBLEMÁTICA**

### **1.1 Prematuridade- uma experiência transicional na UCIN**

Anualmente, segundo a OMS, 2012, nascem cerca de 20 milhões de bebés que apresentam baixo peso ao nascer, sendo, nos países desenvolvidos, a prematuridade (Pt) a sua principal causa. Um RN prematuro é aquele que nasce com menos de 37 semanas de idade gestacional (IG). Existe ainda a divisão entre prematuro extremo - recém-nascido com menos de 28 semanas de idade gestacional, grande prematuro - recém-nascido com idade gestacional entre as 28 semanas e as 31 semanas mais 6 dias e prematuro moderado a tardio - recém-nascido com idade gestacional entre as 32 semanas e as 36 semanas mais 6 dias (OMS, 2012).

No caso de Portugal, estudos recentes, dizem que o nosso país está entre os 10 países mais seguros para os RN, com uma das taxas de mortalidade neonatal mais baixas do mundo (OMS, 2012). No entanto, segundo dados desta entidade, 2012, em 2010, Portugal apresentou uma taxa de 7,7% de nascimento de bebés prematuros. Sendo que, esta, em comparação com dados de 1990, aumentou 1,9%. Dada esta realidade, e apesar de muito se ter evoluído no que diz respeito à taxa de mortalidade neonatal, o número de nascimentos de bebés prematuros tem vindo a aumentar. Ainda, segundo a OE, 2011a), devido aos avanços da investigação médica e tecnológica, existe um elevado número de crianças com deficiência ou risco de atraso de desenvolvimento, necessitando de reforço da intervenção precoce e implementação de centros de desenvolvimento. Consequentemente, a aposta em mais e melhores cuidados a estes recém-nascidos é fundamental. A evidência científica e as diretrizes para os cuidados a estes bebés têm de ser acompanhadas por todos os que, direta ou indiretamente, são responsáveis pelo acompanhamento dos seus primeiros dias, semanas e meses de vida, ou seja, os profissionais de saúde das UCIN's, dos quais, os enfermeiros têm um papel fundamental nos processos de saúde/doença e de desenvolvimento que são vividos naquele ambiente, pelo bebé e família.

## **Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

Uma UCIN é, por si só, geradora de vários acontecimentos, fenómenos e processos de cuidados. Schumacher e Meleis, 1994, referem que os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo com os indivíduos que vivem transições, sendo, por isso, o conceito de transição central para a Enfermagem. A definição mais comum de transição é de Chick e Meleis, 1986, que a definem como a passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outro. Dizem que ela se refere tanto ao processo como aos resultados obtidos da complexa interação entre pessoa e ambiente. Acrescentam ainda, que ela pode envolver mais do que uma pessoa e está inserida num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a perceção da alteração e os padrões de resposta.

Para a compreensão da experiência transicional que ocorre numa UCIN, torna-se importante especificar o contexto/ambiente onde ela ocorre, bem como as interações entre os vários atores do processo de cuidados – criança, família e enfermeiro. Aqui, a separação entre ambiente e atores é meramente académica e estrutural para a compreensão de cada fenómeno em separado, sendo que, na realidade, o processo de cuidados de enfermagem engloba estes três intervenientes como um sistema completo que se influenciam entre si, não podendo eu, dissociá-los uns dos outros.

Embora as UCIN tenham sido concretizadas e generalizadas nos últimos 30 anos, elas são as herdeiras diretas dos primeiros cuidados ao recém-nascido de baixo peso que tiveram o seu início com a invenção das primeiras incubadoras. Nas últimas décadas, verificou-se um enorme avanço da neonatologia apoiada em progressos farmacológicos e tecnológicos decisivos, permitindo salvar a vida de bebés com baixo peso, prematuros ou doentes. O modelo biomédico era então o que melhor parecia adequar-se às intervenções na UCIN, tanto pelo foco no controlo e cura de patologias como pela organização em unidades hospitalares de cuidados intensivos com alta sofisticação tecnológica (Barros, 2001). Este modelo e toda a organização dos serviços de neonatologia não permitiam grande disponibilidade de recursos ou de tempo para atender aos aspetos humanos e relacionais dos utentes e profissionais que frequentavam aquelas unidades. Ainda, segundo a mesma autora, o objetivo era curar ou tratar o bebé, e o momento da alta representava

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

um sucesso da equipa e o fim do seu domínio da intervenção. Quanto aos pais, estes como que eram dispensáveis, porque não lhes era reconhecida qualquer função útil naquela dinâmica, e como tal, remetidos para uma sala de espera de onde podiam ocasionalmente espreitar através dos vidros um pequeno bebé desconhecido (Barros, 2001).

A partir dos anos 80 um conjunto de fatores veio permitir que começassem a surgir outras perspetivas sobre as UCIN. Por um lado, publicou-se uma diversidade de estudos sobre o acompanhamento dos bebés que tinham começado a vida nestas unidades, mostrando assim que os sucessos terapêuticos não eram o fim de um drama, mas com alguma frequência o início de um percurso difícil e doloroso, tanto para a criança como para a família. Paralelamente os avanços importantes no estudo do comportamento e do desenvolvimento do RN, que trouxeram uma nova compreensão sobre as consequências comportamentais do nascimento prematuro e da hospitalização numa UCIN, levaram à definição de um conjunto de protocolos, de procedimentos e de cuidados que visam diminuir o sofrimento e as sequelas, quer orgânicas, quer psicológicas deste período de internamento. Foi reconhecido que os cuidados prestados nos primeiros tempos de vida podem ter efeitos muito para lá do momento da alta (Barros, 2001).

Assim podemos dizer que atualmente as UCIN são, pelo menos potencialmente, um exemplo de um serviço hospitalar altamente complexo que valoriza tanto a sofisticação científica e tecnológica, que permite salvar cada vez mais bebés, como os cuidados holísticos e humanistas que visam salvaguardar a qualidade de vida e promover o desenvolvimento dos três grupos humanos que se cruzam nestes serviços: bebés, pais e profissionais.

Das transições vividas na UCIN por bebés e sua família, emergem focos com grande importância para a prática de enfermagem. Optando por escolher os que me pareceram mais relevantes para as experiências transicionais que me propus tratar, e utilizando uma classificação própria de enfermagem - CIPE® (2011 b), recorrendo ao Resumo Mínimo de Enfermagem - core de focos (OE, 2007), cheguei, assim à eleição dos seguintes focos sensíveis aos cuidados de enfermagem: i) Desenvolvimento infantil ii) Parentalidade iii) Vinculação iii) Dor.

## **Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

Relativamente a estes focos de enfermagem e a partir dos diagnósticos de enfermagem que ocorrem com maior frequência, vou propor o recurso a uma terapêutica de enfermagem – Método Canguru que, reconhecidamente, promove: 1) um desenvolvimento infantil saudável, 2) uma experiência de vinculação segura, 3) uma aprendizagem da parentalidade e 4) uma ajuda no confronto com situações de dor (OMS, 2003, 2012).

Quanto ao foco desenvolvimento infantil, os avanços tecnológicos nos cuidados médicos e de saúde têm levado a um aumento dramático de sobrevivência dos bebés prematuros mas eles continuam a experimentar uma série de desafios de saúde particularmente a nível do desenvolvimento neurológico, que se podem estender até ao início da vida adulta (Barros, 2001).

Qualquer RN tem desenvolvido o seu sistema nervoso de forma adaptar-se à vida extrauterina. No entanto as funções neurológicas são representadas por reflexos primitivos. Na transição para a vida extrauterina o sistema nervoso autónomo tem um papel fundamental na respiração, no equilíbrio ácido-base e na termorregulação (Wheeler, 2014). No nascimento prematuro as etapas de desenvolvimento pré-natal são interrompidas, quebrando-se assim o desenvolvimento cerebral saudável e expectável (ver anexo 1). A exposição prematura ao ambiente exterior pode levar a complicações de nível cognitivo e motor (Zomignani *et al*, 2009).

Associando a interrupção do desenvolvimento ao carácter nocivo (meio extremamente tecnológico e artificial) da UCIN, torna-se necessária uma abordagem facilitadora do desenvolvimento do RN Pt e minimizadora dos efeitos nefastos da influência do ambiente da UCIN no desenvolvimento infantil, surgindo, assim a filosofia dos Cuidados para o Desenvolvimento (CD).

Esta filosofia enquadra-se na evolução dos cuidados de enfermagem com a emergência do paradigma da transformação. Ambas valorizam o desenvolvimento como resultado da interação entre bebé e família e trouxeram uma redefinição no papel dos pais que passaram a ser considerados determinantes essenciais no desenvolvimento dos filhos (Barros, 2001).

Segundo Sanders, 2014, a compreensão da importância da presença parental e do envolvimento da criança e família nos cuidados, ajuda os pais a

## **Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

sentirem-se confortáveis no hospital e a prestar cuidados individualizados. Ajuda-os, na aprendizagem da parentalidade.

Para a OE, referindo-se a Cassey, 1995, o EE ESCJ deverá estabelecer com os pais uma parceria de cuidados de modo a ser facilitador na aprendizagem da parentalidade (OE, 2010 b). Na UCIN, embora os pais estejam a começar a cuidar, pelas primeiras vezes do seu recém-nascido, o enfermeiro tem uma intervenção fundamental no sentido de ser facilitador dessa transição – para a parentalidade. Esta relação é sustentada, fundamentalmente, por crenças e valores de que a família, e sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidado dos filhos bem como o seu contributo na prestação desses cuidados (OE, 2011 a). E cabe ao enfermeiro, ir suplementando o papel parental, a que Meleis chama “*role supplementation*”, substituindo os pais, nos cuidados ao RN, nos cuidados que estes ainda não estão preparados para assegurar no decorrer do seu processo de transição.

O ambiente físico e social da UCIN não é, em si mesmo, convidativo para que os pais permaneçam com os seus bebés. Sendo o enfermeiro, segundo Meleis 2010, o principal cuidador dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, será ele o principal facilitador da aprendizagem parental, tendo como principal objetivo, transmitir apoio na ligação dos pais ao seu bebé. Isto é conseguido através da comunicação com os pais, ouvindo-os, transmitindo-lhes que são eles as pessoas mais importantes na vida da criança, que o bebé se lembra deles e das suas rotinas durante a gravidez e, ajudando-os a encontrar estratégias que os aproxime do bebé.

Profundamente ligada ao conceito de parentalidade está o conceito de vinculação. Este, é frequentemente definido na literatura, mas não de forma consistente. A maioria dos autores parece concordar que a vinculação é um processo que inclui o laço emocional de uma mãe para o seu bebé que ocorre na primeira semana ou ano de vida do seu bebé. A vinculação refere-se muitas vezes a uma ligação da mãe para a criança, não da criança para a mãe, o que é referido como apego. Para alguns autores, a vinculação materno-infantil é um

processo recíproco, ou a vinculação materna e o apego da criança dependem um do outro (Bicking Kinsey & Hupcey, 2013).

Para tentar entender este conceito, interessa ir até à sua origem, e essa busca remete-nos imediatamente para Bowlby e a sua teoria da vinculação, onde encara a vinculação como todo o comportamento do RN que tem como consequência e como função criar e manter a proximidade ou o contacto com a mãe, ou a pessoa que a substitua. Para Bowlby 1984, a satisfação da necessidade do bebé se vincular a uma figura materna é tão fundamental como a necessidade de se alimentar ou de preferir o calor ao frio.

Publicados em 1958-59 os primeiros estudos de Harlow sobre o comportamento do jovem macaco *rhesus* criado em isolamento social, influenciaram também Bowlby na elaboração da sua teoria sobre a vinculação, e poderão ajudar-nos a perceber o fenómeno (Montagner, 1993). Harlow demonstra através de um conjunto de experiências, que os macacos *rhesus* recém-nascidos após contacto com duas mães (bonecos) substitutas, uma de ferro com um biberão que lhes dá alimento, e outra de esponja que lhes proporciona colo e conforto, preferem a permanência junto da mãe de esponja, indo ao encontro da mãe de ferro somente o tempo necessário para se alimentarem. Assim, fica claro a necessidade de conforto, proximidade e aconchego nos recém-nascidos.

A qualidade da vinculação pode ser alterada por vários fatores. Alguns da criança como a prematuridade, patologias físicas ou temperamento irritável. E outras da mãe como o seu sistema de suporte, a sua forma de estabelecer ligação, doença física, depressão pós-parto ou outros distúrbios psiquiátricos (Johnson, 2013).

A qualidade da relação mãe-bebé tem uma influência significativa na saúde mental da mãe e no bem-estar, no desenvolvimento e adaptação ao longo da vida do bebé. A consistência e a constância dos cuidados parentais à criança, a adequação da interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são fatores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida (DGS, 2006 - Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância). Ainda segundo este manual orientador mas também Askin e Wilson, 2014, o contacto precoce

pais-bebê, desde as primeiras horas de vida e durante a estadia na maternidade, e o estabelecimento de um ambiente calmo, íntimo e protetor, são propícios ao desenvolvimento da relação precoce pais-bebê. Sabe-se hoje que a relação precoce mãe-bebê vai influenciar o próprio desenvolvimento cerebral e contribuir para modular as emoções, o pensamento, a aprendizagem e o comportamento ao longo da vida. Salienta-se ainda no referido manual que “as interações precoces mãe-bebê são mutuamente compensadoras, permitem que o bebê se desenvolva a nível cognitivo, emocional e relacional e que cresça com um sentimento de segurança interna, confiança na relação com os outros e uma curiosidade e desejo de explorar o mundo”, contribuindo assim, para um pleno e saudável desenvolvimento infantil (DGS, 2006, p.11).

Num estudo de Johnston et al, 2008, quando questionadas mães de RN Pt sobre os fatores mais geradores de *stress* ao ter um RN internado numa UCIN, o que mais vezes foi referido foi a perda do papel parental e os procedimentos dolorosos a que a criança era exposta. A dor surge, inevitavelmente como um foco importante para a prática de enfermagem.

Está demonstrado cientificamente que os recém-nascidos sentem dor tal como as crianças e os adultos. A estrutura sensorial responsável pela transmissão dolorosa inicia a sua formação entre o segundo e o terceiro trimestre de gestação e acaba de se formar entre as 30-37 semanas de idade gestacional (Saedi et al, 2011) estando por isso, presente em todos os RN prematuros.

Retomando Johnston et al, 2008, a preocupação da dor referida pelas mães, levou os autores a explorar maneiras de envolve-las na promoção de conforto aos RN durante os procedimentos dolorosos, concluindo que os grandes prematuros (28-32 semanas de IG) podem beneficiar do MC como diminuidor da dor durante a punção do calcanhar. Saedi et al, 2011, concluíram que o Método Canguru pode ser utilizado para diminuição da intensidade da dor nos recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos, nomeadamente a vacinação. Mörelius, Theodorsson & Nelson, 2005, demonstraram que os RN (25-33 semanas de IG) tinham uma menor atividade, menor frequência cardíaca e menos sinais de desconforto e de dor durante o MC comparado com o cuidado na incubadora.

## **1.2- Método canguru - da evidência à prática**

“Para muitos bebês prematuros é vital receber cuidados de saúde que envolvam um prolongado uso de tecnologia, no entanto, o MC é uma intervenção efetiva e simples de prover ao bebê as suas necessidades de aquecimento, amamentação, proteção contra infecções, estimulação e amor” (OMS, 2003, p.1).

A evidência produzida sobre o MC é vasta na literatura, mas, para a definição da minha problemática, torna-se relevante ressaltar que, segundo a OMS, 2012 e 2015, o MC deve ser oferecido a todos os RN, independentemente da IG e condições clínicas, em qualquer ambiente, mesmo onde a tecnologia é avançada e estão disponíveis os melhores cuidados de saúde. Se a cobertura universal for alcançada o MC, segundo a OMS, além de produzir resultados na mortalidade infantil, tem benefícios em focos tão importantes como o controle térmico, a amamentação e a vinculação.

Ludington-Hoe (2011), refere que benefícios fisiológicos, comportamentais, de desenvolvimento e de efeitos sociais do MC com RN Pt e de termo têm sido relatados mundialmente. E publica um quadro onde resume os benefícios do MC segundo a idade gestacional e cada autor/investigador (ver Apêndice 1).

Com a evidência publicada, esperar-se-ia já, a generalização da prática do MC nas UCIN's, no entanto, só uma pequena parte de RN que poderia beneficiar dele o recebe realmente. A OMS, 2012, refere que ainda não está a acontecer uma implementação global do MC. Como possíveis motivos para esse facto refere: 1) o conceito do MC estar incorretamente compreendido como uma prática para os RN Pt dos países em desenvolvimento, como uma alternativa à inexistência de incubadoras; 2) muitos profissionais de saúde não possuírem conhecimentos ou não acreditarem nos benefícios do MC e não possuírem as habilidades necessárias à sua implementação; 3) normas culturais e sociais relacionadas com a mãe e o RN tornarem desafiadora a prática do MC; 4) o MC não estar incluído nas políticas governamentais de muitos países. A OMS, preconiza que para esta prática ser rapidamente adotada deverá ser feita, mundialmente, uma revisão das guidelines sobre o



## **Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

MC, bem como das políticas governamentais de cuidados ao RN, para o tornarem uma prática acessível a todos os RN.

Na minha unidade o MC é oferecido a alguns RN/família. No entanto, como referi, a cobertura poderá e deverá, ser amplamente alargada. Existem vários estudos sobre os motivos que levam a equipa de uma UCIN a não terem uma aposta efetiva no MC. E, por serem feitos em unidades similares, pude utilizá-los como referência de partida para este processo.

Eichel, 2001, num estudo feito na sua UCIN, referiu que o MC era oferecido aleatoriamente aos RN estáveis, baseado no nível de conforto do enfermeiro responsável pelo bebé. A prática raramente incluía bebés entubados ou bebés que pesassem menos de 1500g. Refere ainda que os profissionais da UCIN estavam preocupados com a possibilidade de extubação inadvertida, instabilidade térmica, estimulação excessiva dos RN, *stress* parental, intolerância do RN e gestão de tempo e que havia relutância à ideia de expandir a prática aos RN em ventilação convencional. Ainda neste estudo, o primeiro passo para a implementação do MC na sua UCIN foi a elaboração de uma norma sobre o mesmo, sendo a formação da unidade o segundo passo. Como obstáculos à implementação, o autor referiu a necessidade de formação da equipa, de compra de equipamento, e de resistência da equipa à mudança.

Stikes & Barbier, (2013), no seu estudo numa UCIN, concluíram que alguns enfermeiros praticavam MC enquanto outros não. Havia inconsistência nas decisões de enfermagem. Aplicaram um método de atuação semelhante ao anterior, começando por identificar as barreiras no *staff*, oferecer formação em MC e implementando *guidelines* específicas. Iniciaram o processo com uma revisão da literatura e identificação do problema. Construíram *guidelines* com base na literatura e nas melhores práticas. As *guidelines* foram definidas focando-se na estabilidade fisiológica independentemente do seu peso ou IG. Critérios específicos identificavam as crianças como elegíveis ou não elegíveis para o MC, bem como o equipamento necessário, técnicas de transferência, posição ótima, monitorização de sinais vitais, documentação e implicações para a enfermagem.

## **2- REFERENCIAL TEÓRICO**

No presente trabalho, o MC é apresentado como uma terapêutica de enfermagem facilitadora da experiência transicional na UCIN, sendo, ao mesmo tempo um exemplo de uma prática de Cuidados Centrados na Família (CCF) e de Cuidados para o Desenvolvimento (CD), conceitos que seguidamente passarei a explicitar.

### **2.1- A teoria transicional na interpretação das situações de saúde/doença da criança e família**

Afaf Meleis, uma enfermeira de nacionalidade egípcia, desenvolveu uma teoria de médio alcance que se centra nas experiências de transição vividas pelos clientes. Interpreta os fenómenos de enfermagem à luz da vivência dessas transições. Esta teoria descreve a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição e que guiam as terapêuticas de enfermagem. Este modelo serviu de suporte à realização do estágio que aqui se relata, e encontra-se sucintamente esquematizado no apêndice 2.

Uma transição cujo conceito, como já foi referido anteriormente, se refere a passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outro e, que segundo Meleis, 2012, denota uma mudança, no estado de saúde, no desempenho do papel nas relações, nas expectativas ou nas habilidades, requer que a pessoa ou pessoas que a experienciam incorporem novos conhecimentos e/ou habilidades. Podem ser classificadas, quanto ao seu tipo, em transições de desenvolvimento, situacionais e de saúde/doença.

A interação entre os diversos elementos envolvidos no processo de transição permite um contexto harmonioso e efetivo de auxílio, colaboração e ajuda, tornando-se, igualmente, indicador de uma transição saudável (Meleis, 2010). O enfermeiro está habilitado a assistir as pessoas que estão a

## **Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

experienciar transições, trabalha com elas antecipando ou complementando o ato da transição (Meleis, 2012).

Para a mesma autora, a saúde revela-se por indicadores como a consciencialização, o *empowerment*, o controlo e mestria na vida. A ausência deste equilíbrio, provocada normalmente por momentos de crise, coloca as pessoas na iminência de uma transição.

Meleis acredita que o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem deve ser orientado para as terapêuticas de enfermagem e não apenas para a compreensão dos fenómenos relacionados com a resposta a situações de saúde e doença. Assim, a autora resume o processo de cuidados de enfermagem a:

uma interação, do enfermeiro com um indivíduo em situação de saúde/doença (cliente de enfermagem), que está inserido num meio ambiente a experienciar ou a antecipar uma transição. As interações entre enfermeiro-paciente são organizadas em torno de um propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, avaliação holística, ou ações de cuidado), e a enfermeira usa algumas ações (terapêuticas de enfermagem) para melhorar, provocar ou facilitar saúde (Meleis, 2012, p. 97).

Como vimos atrás, o nascimento de um bebé prematuro ou gravemente doente e o seu consequente internamento numa UCIN constitui um acontecimento para o qual nenhum pai está preparado, e pode levar a dificuldades na vinculação, bem como na transição para a parentalidade. São os enfermeiros, segundo a teórica, que assistem às mudanças e exigências que as transições provocam na vida dos seus clientes, que os ajudam na preparação para as transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de competências. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição, ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas, aumentando o grau de mestria dos intervenientes.

“Tornar-se pai e mãe é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam pela responsabilidade que provoca, pelas mudanças que envolve e pela necessária adaptação que o nascimento de uma criança sempre provoca no seio da família” (OE, 2015, p. 11). Magalhães, (2011) citando Martins (2008), afirma que o conhecimento e compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para que os enfermeiros apoiem os pais

durante a sua parentalidade, na busca de uma transição próspera, com objectivos de mestria em habilidades parentais e bem-estar emocional. No seu GOBP, a OE, 2015, reforça esta intervenção importante dos enfermeiros na ajuda da vivência da parentalidade. Refere a negociação constante que deve existir com os pais para que eles se sintam parte da equipa e promovam nos seus padrões de resposta o sentimento de confiança e pertença, “sentindo-se, mais confiantes quanto às suas capacidades de cuidar da criança, tomando decisões conjuntas partilhadas e facilitando a manutenção de laços familiares” (OE, 2015, p. 24). Esta parceria e partilha, constitui a base fundamental dos CCF, como vamos ver no próximo subcapítulo.

## **2.2- Os Cuidados Centrados na Família como abordagem fundamental nos cuidados pediátricos**

Uma abordagem de cuidados que reconhece a importância dos pais na vida dos RN e enfatiza o respeito, apoio e parceria entre a família e os profissionais de saúde, é descrito na literatura como Cuidados Centrados na Família (*Family-Centred-Care-FCC*), reconhecido como componente fundamental do cuidado pediátrico, incluindo o neonatal, que enfatiza a importância de reconhecer e aceitar o apoio familiar no processo saúde-doença (Henning, Gomes & Morsch, 2010).

Os CCF surgiram nos EUA na década de 60, e a partir dos seus resultados, esta abordagem passou a ser encarada como essencial a uma boa prática. Segundo o *Institute for Patient- and Family Centered-care*, os pontos essenciais que estão na base dos CCF são, dignidade e respeito; partilha de informação; colaboração; participação nos cuidados (segundo a sua vontade). Estes reconhecem que a família é a constante na vida do bebé e precisa ser considerada como um parceiro igual. No hospital, os cuidados são planeados considerando toda a família e cada membro é reconhecido como tendo um papel importante no cuidado ao bebé. Os CCF envolvem uma parceria de planeamento, implementação e avaliação dos cuidados e a colaboração família-profissionais é essencial. Quando os pais se sentem envolvidos, a sua

confiança e competência nos cuidados ao bebé cresce. Por último, reforçam as suas capacidades para tomarem decisões relativas aos cuidados e ao tratamento (Cockcroft, 2012).

Os princípios dos CCF nos cuidados neonatais, que foram identificados no estudo de Henning, Gomes & Morsch, 2010, como sendo os mais importantes para os pais e equipa de saúde, foram: segurança, gentileza, comunicação, informação consistente, educação, meio-ambiente, controlo da dor, participação, proximidade e apoio.

Podemos assim ver a forte correspondência entre o MC e os CCF no âmbito da participação ativa da família nos cuidados ao bebé, nomeadamente nos itens comunicação e informação, alívio da dor/cuidados individualizados, participação dos pais nos cuidados, ambiente e seguimento pós-alta. Os CCF são baseados numa comunicação livre, ética e honesta entre pais e profissionais. Da mesma forma o MC estimula o livre e precoce acesso dos pais à UCIN, procurando uma boa interação entre família e profissionais. (Henning, Gomes & Morsch, 2010).

### **2.3- Os Cuidados para o Desenvolvimento na promoção do crescimento e desenvolvimento infantis**

Fortemente ligado ao que temos vindo a referir e associando aos efeitos nocivos do internamento na UCIN no desenvolvimento do RN Pt, torna-se necessária uma abordagem minimizadora dos efeitos nefastos da influência do ambiente da UCIN. Essa abordagem remete-nos ao conceito de Cuidados para o Desenvolvimento.

No nascimento prematuro as etapas de desenvolvimento pré-natal são interrompidas, quebrando-se assim o desenvolvimento cerebral saudável e expectável. A exposição prematura ao ambiente exterior pode levar a complicações de nível cognitivo e motor (Zomignani *et al*, 2009). A velocidade de crescimento cerebral de um bebé que nasceu prematuro é muito superior à expectável num bebé de termo. Por este motivo, o RN Pt não está preparado para o ambiente agressivo da UCIN. Os CD englobam um conjunto de medidas

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

e modelos de atuação da parte dos profissionais de saúde e família cuidadora, assim como formas de adaptação do meio ambiente que tornem menos agressivo o contacto do RN Pt com o meio, numa tentativa de minimizar os *stressors* que se sabem causar danos cerebrais, por vezes irreversíveis (Hale, 2010). Estes cuidados implicam uma visão holística da criança, família e ambiente, para promover estabilidade e reduzir a prevalência de sintomas de desordem e *stress*, e potencializar as habilidades que os RN possuem de autorregulação e organização das suas respostas ao ambiente (Kenner & McGrath, 2004). Representam uma continuidade de cuidados que devem começar desde cedo e ter uma evolução transversal. Devem começar no período pré-natal, acompanhar o intraparto, nascimento, a hospitalização e a alta e a transição para casa. Esta transversalidade visa obter resultados no desenvolvimento infantil durante toda a infância (Kenner & McGrath, 2004).

Na UCIN este modelo é amplamente influente na vivência das transições relativas ao crescimento e desenvolvimento infantis, e inicia-se com um processo de conhecimento das competências de cada criança. A partir deste conhecimento, é elaborado um plano de cuidados individualizado que respeite as vulnerabilidades e limites de cada criança. Estes cuidados partem do pressuposto que cada RN, por mais prematuro que seja, comunica através de respostas comportamentais aos estímulos o que possibilita, aos enfermeiros um planeamento de cuidados personalizado (Askin e Wilson, 2014).

Estes cuidados têm tido muitos efeitos, nomeadamente em indicadores de desenvolvimento infantis, tais como diminuição do tempo de alimentação parentérica e início da alimentação oral, diminuição do tempo de internamento, melhor aumento ponderal e das medidas antropométricas no geral, melhorias ao nível da regulação do sono, da autorregulação e do *stress* familiar (Als, Gilkerson, Duffy, et al, 2003).

São várias as teorias dos cuidados para o desenvolvimento. Destaco, o Modelo do Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento (ver anexo 2). Este modelo tem por base o desenvolvimento embrionário da pele do RN que, ao derivar da ectoderme, tem a mesma origem embrionária do cérebro. Sendo a pele considerada a “imagem” do cérebro, surge o conceito de pele enquanto superfície partilhada, ponte de ligação entre o RN e o ambiente. A pele é o

ponto focal das interações humanas, onde existe sempre algum nível de contribuição recíproca, incluindo com a família e com a equipa prestadora de cuidados da UCIN. Ao mudar o foco do sistema nervoso central para a atual superfície partilhada de cuidados, existe melhor reconhecimento da interação de todos os sistemas do corpo em desenvolvimento e uma avaliação das necessidades para o cuidado individualizado do RN (Coughlin, Gibbins, Gibbins & Hoath, 2008). Este modelo tem uma representação semelhante à do sistema solar, estando o RN no seu centro. A envolver o RN estão diversos planetas, representativos das várias necessidades de vida do RN. A envolver todos os planetas encontra-se a família e, a envolver a família /RN, os profissionais de saúde pois estes nunca podem dissociar a criança da sua família, englobando-a sempre nos seus cuidados. Por último, a órbita que engloba todas as anteriores, representativa do ambiente – micro (luminosidade, som, privacidade) e macro (cultura, valores, necessidade de formação e comportamentos da equipa), que sustenta os CD (Coughlin *et al*, 2008).

Os CD requerem que toda a equipa, incluindo a família, esteja familiarizada e possua conhecimentos sobre os mesmos de modo a que estes estejam sincronizados, e que todos os que têm contacto com o RN, estejam habilitados a “ler” e interpretar os sinais transmitidos pela criança, e que saibam como esses sinais têm repercussões no seu crescimento e desenvolvimento.

A evidência mostra que dos CD provêm resultados para o RN de alto risco que requerem cuidados intensivos neonatais, mas, por vezes estes são difíceis de implementar na UCIN, pela natureza do ambiente em si (muito tecnológico) e pelos cuidados médicos e prioritários que estes RN necessitam. Compreendem três componentes principais: a avaliação constante da condição da criança e cuidados individualizados em função da mesma; a redução de *stressors* ambientais e a promoção do descanso e manutenção do equilíbrio da criança; e a integração dos pais no cuidado (Kenner & McGrath, 2004).

O MC, como vimos anteriormente no capítulo 1 é um método que consegue conciliar todos estas premissas e aproxima o ambiente envolvente ao que o bebé experienciava *in* útero, pois ouve e reconhece a voz da mãe, ouve o som do seu coração, se for embalado o balanço é percebido como o movimento da mãe quando estava no útero e a temperatura percebida é similar

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

à que sentia. A utilização do MC em crianças instáveis que estão em ventilação convencional e crianças que pesam menos de 1000g é considerado por alguns, como um exemplo de cuidados para o desenvolvimento (Ludington-Hoe,2003). O mesmo autor, em 2013, refere 6 elementos chave de terapias adequadas para RN na UCIN, ou seja, de cuidados que promovam o desenvolvimento saudável e harmonioso na UCIN: 1) modificar o macro e micro ambientes de forma a torna-los calmos e suaves para o RN e sua família; 2) posicionar o RN de maneira a dar-lhe estabilidade fisiológica para o seu desenvolvimento motor; 3) agrupar as manipulações ao RN de modo a proporcionar-lhe períodos de descanso; 4) promover a autorregulação da criança; 5) promover o ritmo circadiano proporcionando os cuidados ao RN em sintonia com os seus períodos de vigília; 6) avaliar todos os cuidados ao RN como promotores de *stress*. Por tudo o que referirmos já sobre o MC podemos afirmar que uma só terapia, o MC, satisfaz todos estes elementos chave e que essa terapia pode ser considerada, na perspetiva da teoria das transições de Meleis, uma terapêutica de enfermagem.



### **3 - PERCURSO FORMATIVO - O CAMINHO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EE ESCJ**

O enfermeiro especialista possui um conjunto de competências especializadas relativas a um determinado campo de intervenção (OE, 2010 a). Compreende-se assim que, quer através do seu modelo de desenvolvimento profissional, quer nos vários documentos reguladores da profissão, a OE torne clara a sua conceção de competência. O desenvolvimento de competências implica que o enfermeiro se aproprie de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades e as consiga mobilizar numa determinada situação. Situação essa que, no caso da enfermagem em contexto de prática clínica lhe permita ponderar as necessidades de saúde de um determinado grupo-alvo e atuar nos vários contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção (OE, 2010 a). Mais concretamente, o EE ESCJ, presta cuidados de nível avançado, à criança/jovem e família, em qualquer contexto onde se encontrem, tais como hospital, comunidade, escola, domicílio, entre outros (OE, 2010 b).

Ainda, considerando a perícia como uma característica desejável do enfermeiro especialista, justifica-se rever os contributos de Benner, que se refere ao enfermeiro perito como aquele que testa e refina hipóteses e expectativas sobre os princípios em situações da prática real, pela observação direta e pela vivência de situações reais (Benner, 2001).

Assim, indo ao encontro de uma multiplicidade de contextos reais de cuidados prestados à criança/jovem e suas famílias, às diretrizes da OE acerca dos locais de estágio que esta entidade considera imprescindíveis no desenvolvimento e aquisição de competências de EE ESCJ, e ainda, respondendo ao meu autodiagnóstico de necessidades de aprendizagem, também ele baseado na análise daquelas competências, foi realizado um estágio em quatro contextos distintos, cujo cronograma se encontra no apêndice 3 e que teve dois objetivos gerais, o primeiro transversal a todos os contextos de estágio - **Desenvolver competências de EE ESCJ na promoção do desenvolvimento saudável da criança, a viver as**

**experiências de transição associadas às fases do seu ciclo de vida e às suas situações de saúde e doença.** E o segundo, que desenvolvi em contexto de cuidados intensivos neonatais - **Elaborar um programa que promova a consolidação da prática do Método Canguru como terapêutica de enfermagem facilitadora da experiência transicional da criança e família na UCIN.**

Na escolha dos contextos de estágio pretendeu-se, em primeiro lugar, que fossem favorecedores do desenvolvimento de competências de EE ESCJ. E, em segundo lugar, que fossem promotores de aprendizagens direcionadas à minha área de projeto. Após a escolha dos mesmos, realizei entrevistas com as respetivas enfermeiras chefes, apresentando-lhes a minha área de projeto, candidatando-me a estágio no serviço em questão, o que, em todos eles, foi prontamente aceite. Neste sentido, realizei estágio nos seguintes contextos de cuidados de saúde à criança/jovem e família:

- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Optei por dividir a experiência neste contexto em dois períodos distintos. Um primeiro que correspondeu ao primeiro momento de estágio, e que decorreu numa UCIN de referência do distrito de Lisboa, local que presta cuidados neonatais de excelência, nomeadamente na realização do Método Canguru, o que me permitiu consultar e observar normas institucionais e boas práticas na realização deste método. Num segundo momento, como última experiência de estágio, numa UCIN igualmente reconhecida pela excelência dos seus cuidados e onde exerço funções atualmente, onde desenvolvi grande parte do meu projeto, nomeadamente o programa que virá a promover a consolidação da prática do MC junto dos pais e da equipa de enfermagem.

- Internamento de Pediatria (IP). Escolhido por proporcionar o contacto com crianças de todas as faixas etárias a vivenciar diferentes situações de saúde/doença. Tratou-se de uma experiência numa unidade de internamento de Pediatria que tinha como mais-valia a valência de Hospital de dia pediátrico, o que veio enriquecer, em muito, as minhas aprendizagens.

- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que tem como hospital de referência aquele onde exerço atividade profissional, o que permitiu um maior conhecimento e aprofundamento dos recursos disponíveis e dos elos

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de  
Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

de ligação da comunidade ao hospital e vice-versa. Aqui, sendo uma UCSP que continha na sua equipa uma EE em ESIP, pude acompanhá-la na realização da consulta de saúde infantil e juvenil (CSIJ), bem como na valência de vacinação.

- Urgência Pediátrica (UP), onde pude acompanhar uma diversidade de situações de urgência e as transições vividas pelas crianças/jovens e suas famílias em cada uma delas, bem como a intervenção diferenciada do EE ESCJ em cada uma delas e em cada uma das valências da UP (triagem, sala de tratamentos, sala de inaloterapia, unidade de internamento de curta duração e reanimação).

Para dar resposta aos 2 objetivos gerais a que me propus, foram, para cada um deles, definidos objetivos específicos, planeadas as atividades, definidos os contextos onde os pretendi atingir, os indicadores de avaliação e os recursos necessários ao seu cumprimento. A grelha referente a cada um deles, constituindo o meu plano de trabalho para a unidade curricular de estágio com relatório, pode consultar-se no apêndice 4.

O desenvolvimento de competências de EE ESCJ concretizou-se através do percurso experiencial nos diferentes contextos, ancorada numa metodologia de projeto, mas só através da reflexão sobre a prática e sobre as aprendizagens realizadas, pude desenvolver um “verdadeiro saber”, um saber de EE ESIP. Pretende-se, como tal, neste capítulo, descrever, e analisar as atividades e processos de trabalho tendo em conta os objetivos delineados, bem como analisar e refletir sobre as aprendizagens, sustentando-me no conhecimento e evidência científica produzidos e nos documentos reguladores da profissão.

Para uma melhor compreensão dos processos de trabalho, optou-se por organizar-se este capítulo, pelos dois objetivos gerais a que me propus.

### 3.1- Promoção do desenvolvimento da criança a viver as experiências de transição associadas às fases do seu ciclo de vida e às suas situações de saúde e doença

Nesta grande área de intervenção, expressa no meu 1º objetivo geral, foram realizadas, nas diferentes unidades de saúde, atividades tendentes à compreensão das transições vividas pela criança e família decorrentes das situações de saúde e doença e das fases do seu ciclo de vida, compreensão essencial para a análise dos processos de cuidados prestados e das terapêuticas de enfermagem mobilizadas e que tenham demonstrado serem promotoras de experiências transicionais saudáveis da criança e família. Assim, fez-me sentido organizar este subcapítulo em duas fases, a primeira em que analiso as **experiências de transição** vividas pela criança e família, nas diferentes unidades de saúde, assim como os condicionalismos das transições que pude observar, e uma segunda, onde relato e reflito sobre as **terapêuticas de enfermagem** que observei e que mobilizei e que pretenderam ser promotoras de experiências de transição saudáveis.

Da interação entre os condicionalismos das transições e as terapêuticas de enfermagem utilizadas, registo ainda os diferentes padrões de resposta que se manifestaram nas situações de transição aqui referidas.

Para a compreensão das **experiências de transição** nos diferentes locais de estágio, foi essencial a construção de um instrumento de trabalho que me permitisse descrever e analisar de uma forma reflexiva as experiências transicionais da criança e família numa situação de saúde/doença, bem como analisar as práticas relativas aos processos de trabalho e às terapêuticas de enfermagem utilizadas na promoção de transições saudáveis. A esse instrumento de trabalho denominei guião de observação de experiências de transição e encontra-se no apêndice 5. Este guião, foi construído com base na teoria transicional de Meleis e na interpretação das transições vividas pelos clientes que vem resumida de uma forma esquemática no apêndice 2. Pude, com a ajuda deste instrumento, fazer observações nos vários contextos de estágio e elencar, agora, neste relatório, as que mereceram uma reflexão mais profunda.

## **Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

Nos diversos campos de estágio por onde passei, mas, sendo mais evidente no contexto de internamento e urgência pediátrica, observei que os pais e crianças viviam transições do tipo saúde/doença. A criança e a família eram confrontadas com uma situação súbita de doença aguda, passando assim de um estado de saúde para o de doença, o que provocava mudanças significativas nos seus papéis como por exemplo a necessidade de faltar à escola e ao trabalho por parte dos pais. Segundo, Meleis, em termos de saúde, o doente, neste caso a criança, não pode ser considerado como uma unidade isolada, a sua condição deve ser explorada e considerada em termos da sua relação numa rede social de pessoas que lhe são significativas (Meleis, 2010). No caso do doente pediátrico, este contributo de Meleis faz todo o sentido, uma vez que, o nosso cliente e alvo de cuidados é o binómio criança/família e nunca o bebé, criança ou jovem isoladamente.

Já em contexto de UCIN, grande parte das experiências de transição que pude observar foram do tipo desenvolvimento. Nestas transições os papéis também estão claramente alterados. Apesar de na maioria dos casos a família se estar a preparar para a chegada de um novo membro, o nascimento de um bebé prematuro ou gravemente doente e o seu consequente internamento numa UCIN constitui um acontecimento para o qual nenhum pai está preparado. Tudo começa numa curta vivência de uma gravidez que acabou cedo demais “eu nem cheguei a vestir as minhas roupas pré-natais e ele nasceu” (testemunho de uma mãe de um bebé prematuro na UCIN) que não dá tempo para que a família se adeque ao novo papel - o papel parental, que se junta ao choque de ver o seu filho à distância de uma incubadora, tão pequeno, tão frágil, muitas vezes ainda com encerramento palpebral, rodeado de meios tecnológicos tão sofisticados como inibidores da aproximação parental.

Ainda na UCIN, uma transição que é comum a todos os clientes, é a transição para a parentalidade. Segundo Pollara, 2010, a transição para a parentalidade, de acordo com a teoria de Meleis, é uma transição do tipo desenvolvimento, que ocorre, no caso de um bebé prematuro, durante um evento, normalmente imprevisível e que pode influenciar negativamente o bem-estar. Segundo a mesma autora, nos primeiros dias após o nascimento e o internamento numa UCIN, os pais destes bebés sentem frustração, incerteza,

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de  
Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

confusão, desapontamento, sentimento de culpa e desamparo que podem influenciar negativamente a experiência da maternidade. Alguns pais experienciam ainda preocupação e dificuldade em deixar o seu filho na UCIN. Foram sentimentos idênticos que tive a oportunidade de ouvir uma mãe relatar ao contar a sua experiência numa reunião de um grupo de apoio a pais de bebés prematuros que acontece naquela UCIN com regularidade mensal e à qual tive a oportunidade de assistir no primeiro momento de estágio. Uma mãe verbalizou o sentimento de que, no caso dela, um dos momentos mais difíceis foi o da sua alta do serviço de obstetrícia pois sentiu que ia embora e deixava uma parte dela no hospital. Sentiu-se mal e culpabilizou-se. Esta reunião constituiu uma intervenção facilitadora da experiência transicional que as famílias presentes estavam a passar. As famílias relataram a importância de poderem partilhar o que estavam a viver com pais de bebés que já tinham passado *por aquilo*. Os pais relataram as conquistas e as recaídas que passaram com os seus RN: cada aumento ponderal; cada situação de sépsis; cada entubação e extubação ventilatória; a primeira vez que realizaram método canguru, ao mesmo tempo que os restantes pais acenavam e expressavam sentimentos de compreensão. Sentiam que só eles os compreendiam verdadeiramente. Segundo Lazure 1994, a relação de ajuda possibilita ao enfermeiro, perceber as necessidades individuais do cliente e ajudá-lo a reconhecer a sua situação de saúde/doença, de forma a encontrar formas de minimizar ou resolver as suas dificuldades ou aceitar a sua situação. O EE ESIP deverá encontrar formas de o cliente se sentir verdadeiramente compreendido. Uma intervenção possível é dar-lhe oportunidade para conhecer experiências semelhantes à sua mas vividas de formas diferentes. Isto vai permitir-lhes sentirem-se unidos naquilo que vivem. O enfermeiro proporciona crescimento e desenvolvimento do potencial humano através da relação de ajuda. Permite que o cliente e família encontrem ou descubram recursos pessoais facilitadores da manutenção da sua dignidade durante os momentos difíceis (Lazure, 1994). A existência destes grupos de apoio é um recurso para as famílias, que constitui uma intervenção de ajuda pois o facto de ouvirem outras famílias que já tinham passado pelo mesmo fortaleceu-lhes o percurso vivido e trouxe-lhes novos subsídios para lidarem com o momento de crise que

estavam a viver. Segundo Askin e Wilson, 2014, a existência destes grupos de apoio tem constituído um valor imensurável para as famílias de crianças internadas na UCIN. Alguns grupos são compostos por pais que têm ou tiveram os filhos internados no hospital e por isso partilham as mesmas ansiedades e preocupações. Morse, 1992, refere esta intervenção como um sentimento de comiseração e distingue-o da empatia, a comiseração advém de uma experiência mutua, refletir numa resposta mutua a uma experiência comum. Ela afirma que só duas pessoas que viveram a mesma experiência podem entender-se intuitivamente e profundamente uma à outra. É esse conforto partilhado que está na base dos grupos de apoio. Pode existir também comiseração entre enfermeiro e cliente devido à partilha do mesmo campo de situações e experiências, ainda que em papéis distintos. Enfermeiro e cliente partilham um sentimento de identidade e comunicam utilizando expressões sinceras de comum entendimento.

Nestes dois exemplos de experiências de transição vividas e que pude observar, os padrões de resposta dos clientes variaram segundo os fatores condicionantes à transição e segundo as terapêuticas de enfermagem que foram mobilizadas. Claramente os conhecimentos sobre a situação de saúde, crenças e atitudes pessoais foram decisivos nas várias situações observadas e atuaram como fatores facilitadores ou inibidores, bem como a existência ou não de uma rede de suporte familiar ou a existência de uma barreira linguística na comunicação entre a criança, família e os profissionais de saúde em casos de famílias naturais de outros países.

Famílias que já tinham vivido internamentos anteriores, ou possuíam conhecimentos relativamente aquela situação de saúde ou serviço hospitalar, requereram uma intervenção de carácter terapêutico diferente de famílias que se deparavam com um primeiro internamento, e como tal, com uma grande ansiedade e angústia, associadas a uma experiência totalmente nova e/ou mesmo inesperada. E pude vivenciar isso através do contacto com crianças e famílias que não se encontravam num primeiro internamento e por isso estavam já informadas das normas institucionais, das rotinas habituais do serviço e conheciam já grande parte dos profissionais de saúde, manifestando por isso, um menor grau de ansiedade relativamente ao presente internamento.

## **Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

Ao passo que, ao realizar o acolhimento de crianças e famílias num primeiro internamento, constatei sentimentos de ansiedade e medo do desconhecido.

A compreensão dos fatores condicionantes da transição bem como dos padrões de resposta de cada criança e família foi essencial na avaliação do enfermeiro, para que este soubesse em que medida teria que recair a sua intervenção, e quais as terapêuticas de enfermagem a mobilizar.

Como **terapêuticas de enfermagem facilitadoras de experiências de transição** identifiquei três grandes áreas de intervenção dos enfermeiros em que são utilizadas técnicas inerentes aos cuidados de enfermagem e que, segundo Meleis, aqui considero como áreas de terapêuticas de enfermagem, cada um delas de grande dimensão, são elas os CCF, os CD e as MNFCD, todas elas promotoras de um desenvolvimento infantil saudável. Identifiquei ainda, terapêuticas, que distintamente das outras, atuaram a nível da prevenção de possíveis situações de transição.

Os **CCF**, como base do meu referencial teórico utilizado neste trabalho, mereceram especial atenção e constituíram um dos meus principais focos durante o estágio. Tal como foi já referido no segundo capítulo, os CCF são uma abordagem de cuidados que reconhecendo a importância dos pais na vida das crianças, enfatiza o respeito, o apoio e parceria entre a família e os profissionais de saúde. Estiveram na base das terapêuticas de enfermagem que pude vivenciar e mobilizar durante as experiências de estágio. No serviço de Urgência Pediátrica, pude ter contacto com a triagem pediátrica, área que me gerava particular interesse, por ser pouco conhecida para mim e por ser um local privilegiado de contacto com crianças e famílias a vivenciar experiências de transição de saúde/doença. E nesse local, pude, desde início atentar a determinadas terapêuticas de enfermagem com o objetivo de facilitar essa transição, ao mesmo tempo que foram fundamentadas nos CCF. Intervenções como a rápida chamada para a triagem, e a partilha de informação sobre o que ia acontecer no atendimento ao seu filho diminuíram significativamente a sua ansiedade. Durante o estágio, tive a oportunidade de constatar que o tempo de chamada para a triagem pediátrica e para um primeiro atendimento da família foi bastante célere. Segundo um trabalho elaborado em 2012 naquele mesmo serviço de urgência, o tempo médio de chamada para a triagem situava-se



**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

entre os 2 e os 7 minutos (Carneiro e Alves, 2012). Através do acompanhamento do EE ESCJ, que desempenhava o papel de chefe de equipa e como tal de enfermeiro gestor dos cuidados, pude constatar a sua permanente preocupação em controlar o tempo de espera das famílias e em abrir, sempre que necessário, um segundo posto de triagem realizada por ele próprio com vista a minimizar essa mesma espera, fator de intranquilidade dos pais e que frequentemente origina situações de tensão entre estes e a equipa de saúde (Fernandes, 2012).

Tanto em contexto de urgência pediátrica como de internamento, algumas vezes em situações de urgência, assisti a enfermeiros que dedicavam toda a sua atenção à estabilização clínica da criança com procedimentos técnicos e invasivos, deixando de lado uma abordagem terapêutica de enfermagem fundamental, os CCF. Pude assistir à diferença da intervenção de um EE ESIP, que conseguia mais facilmente descolar-se desta abordagem e demonstrar no acolhimento, aspetos que estão na base dos cuidados centrados na família, tais como a transmissão de informação clara e honesta, a demonstração de interesse pelas preocupações da família com a criança e a ajuda a lidar com sentimentos de culpa e fracasso, tranquilizando os pais e ao mesmo tempo capacitando-os para poderem voltar à sua posição de controlo e de tomada de decisão. O medo, a ansiedade e a frustração são sentimentos comumente expressos pelos pais de crianças internadas (Sanders, 2014). Estes sentimentos podem estar relacionados com a gravidade da doença ou com a dor e o trauma que a criança possa estar a sentir ou irá sentir durante os procedimentos a nível hospitalar. Podem ainda, ser devidos à falta de informação sobre o tratamento e os procedimentos, sobre o ambiente desconhecido e as regras institucionais, ou mesmo, devido a uma equipa pouco acolhedora que dificulte a sua participação ou a colocação de perguntas (Sanders, 2014). Aqui, a intervenção do EE ESIP fez toda a diferença num acolhimento e cuidado centrado na família. Um EE ESIP acolhe os pais fazendo-os sentir-se parte da solução. Preocupa-se com o que os pais estão a viver, transmite-lhes o que é esperado deles, incentivando-os a participar no cuidado ao seu filho, fazendo-os sentir como parte integrante dos cuidados e como os peritos e os mais significativos para a saúde global da criança

(Sanders, 2014). Neste tipo de transições que pude vivenciar, o EE ESIP, utiliza os CCF mobilizando intervenções de enfermagem que vão aumentar diretamente os condicionalismos facilitadores dos pais (através da partilha de informação e conhecimento) e atuar nos seus padrões de resposta à transição, fazendo com que estes se sintam como parte da equipa que está a ajudar o seu filho, desenvolvam confiança e se sintam situados na experiência que estão a viver.

Ainda no âmbito dos CCF desta vez na UCIN, destaco um aspeto que me fez refletir em determinadas situações de emergência que vivenciei. Tive a oportunidade de estar presente em situações de reanimação neonatal. E aqui, destaco o longo caminho de reflexão ética sobre as práticas instituídas e sobre a presença ou não dos pais durante a reanimação do seu filho. Apesar das atuais *guidelines* incentivarem a presença dos pais em situação de reanimação, continua a existir alguma resistência por parte dos profissionais de saúde em aceitar estas recomendações pelo que é fundamental desenharem-se estratégias para efetivar esta mudança. A presença dos pais em situação de reanimação cardiorrespiratória é uma temática relativamente recente e geradora de opiniões muito controversas entre os profissionais de saúde. A evidência indica-nos que a presença de membros da família em situação de reanimação ajuda-os a compreender a severidade da situação e a valorizar os cuidados prestados, podendo aquietar um sentimento de culpa, facilitar o processo de luto e assegurar aos familiares que não se poderia ter feito mais pela vida da criança (Ferreira, 2011). Por outro lado, a mesma autora refere que os profissionais de saúde se preocupam com o facto da presença da família em contexto de reanimação poder afetar o desempenho da equipa de reanimação e poder provocar danos psicológicos nos familiares. Nas duas UCIN's, pude presenciar que foi sempre pedido imediatamente aos pais que saíssem quando se verificava estar perante uma situação de reanimação. E pude acompanhar de perto o sofrimento parental de quem ficou para lá de uma porta assim como tudo o que se gerou em termos de ansiedade. Apesar de eu os ter acompanhado e de ir tentando explicar o que estaria a acontecer na sala, refleti sobre o facto de, muitas vezes não termos um elemento que faça o acompanhamento da família nestas situações, um elemento que explique o que

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de  
Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

está a acontecer, para poder aquietar um sofrimento muito difícil de sossegar. Só quando a reanimação acaba e conseguimos recuperar a criança conseguimos ir ter com a família e informá-la do que se passou. E isto não é o ideal nem o preconizado numa filosofia de Cuidados Centrados na Família. Este ideal deverá aproximar-se do fomentar e permitir (desde que seja vontade dos pais) a presença destes em todas as situações de cuidados ao seu filho, sendo a reanimação uma delas. Mas, salvaguardando, que ao mesmo tempo que temos um *team leader* na reanimação que delega postos como as compressões, a via aérea ou a medicação, delegasse também (e existisse) um elemento que ficasse responsável pelo acompanhamento aos pais daquela criança, que fosse explicando o que estava a acontecer, e, ao mesmo tempo fosse prestando apoio emocional dirigido a cada situação vivenciada. Ou seja, que se aplicasse também nesta situação tão geradora de *stress* e angustia para a família, uma verdadeira cultura de CCF, e como tal, facilitadora desta experiência de transição.

O estágio na UCIN, foi ainda de grande contributo para a compreensão da influência dos cuidados para o desenvolvimento nas transições relativas ao crescimento e desenvolvimento infantis, que constituiu um dos meus objetivos específicos.

Como já referido no nosso referencial teórico, os cuidados numa UCIN, baseiam-se atualmente num modelo de **Cuidados para o Desenvolvimento**. E este modelo esteve presente em todo o processo de enfermagem. Os cuidados eram prestados na sua globalidade por um enfermeiro responsável por aquele RN e família de modo individual e de acordo com as características de cada RN. Tinham em conta as suas reações comportamentais, hábitos de sono e descanso, particularidades na alimentação e a participação da família. Os pais eram englobados na quase totalidade dos cuidados de acordo com a sua preferência e vontade, e a sua opinião sobre o estado e evolução do RN era tida em consideração assim como eram chamados a participar no próprio planeamento dos cuidados ao RN. Sempre numa dinâmica de ajuda na transição para a parentalidade e numa perspetiva de alta futura.

Como exemplos de cuidados para o desenvolvimento decorrentes da observação e intervenção em momentos de estágio, mas também decorrentes

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

da minha experiência enquanto profissional numa UCIN posso relatar cuidados como promover o agrupamento dos cuidados segundo a tolerância do RN, reduzir o nível de estímulos exteriores como a intensidade da luz e do ruído na unidade, tocar e despertar suavemente o RN para o estado vígil em vez do início súbito e sem aviso prévio, realizar o método canguru, avaliar os riscos e benefícios de cada intervenção tátil e dolorosa para o RN, incentivar os pais a serem os principais transmissores de toque sensorial ao seu bebé, entre outros. Nas experiências de estágio, dei especial atenção e direcionei forças para a consolidação do método canguru, como irei descrever no subcapítulo seguinte, mas desenvolvi e refleti de uma maneira muito próxima a promoção para o agrupamento dos cuidados. Embora, seja uma medida essencial nos cuidados para o desenvolvimento, talvez seja a que, junto dos enfermeiros menos experientes, seja das mais difíceis de estabelecer. Ela requer que, como enfermeiros responsáveis por aquela criança, sejamos capazes de observar e conhecer, de maneira a, segundo os seus estádios de sono-alerta e os seus sinais comportamentais, decidamos qual a melhor altura para a prestação de cuidados aquele RN. Aqui, o enfermeiro especialista deverá ter uma intervenção de gestão da equipa que assiste aos cuidados multiprofissionais ao RN, de modo a não planear e agrupar apenas os cuidados de enfermagem mas também os cuidados e intervenções de toda a equipa. Durante o estágio pude acompanhar o EE ESIP que coordenou a observação e procedimentos da equipa médica, de medicina física e reabilitação e de outros profissionais de saúde que pretendiam manipular o RN, de modo a que essas ações fossem realizadas na melhor altura para cada RN, e que só o enfermeiro responsável por aquela criança, com um conhecimento aprofundado do seu cliente (RN e família) poderia definir. Apesar de ter percecionado a forma muito vinculada como este modelo está consolidado como terapêutica de enfermagem, falta ainda o estabelecimento da sua continuidade através de um sistema de registo de enfermagem que lhe dê visibilidade. Pude constatar numa das UCIN's que estas intervenções eram registadas em instrumento de registo informático e com uma linguagem transversal (CIPE®), contribuindo para a continuidade dos cuidados e registando as necessidades de cuidados de enfermagem da criança/jovem e família, intervenções de enfermagem e

## **Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

resultados sensíveis às intervenções de enfermagem. Ao passo que, numa outra UCIN este instrumento era ainda em papel, estando por isso esses registos condicionados pela variabilidade de registo de cada enfermeiro.

No decorrer desta experiência de aprendizagem, pude também enriquecê-la através da participação em dois congressos sobre esta temática, e nos quais participei com a elaboração e apresentação de um *poster* (apêndice 6) sobre o Método Canguru como terapêutica de enfermagem facilitadora da experiência transicional da criança e família na UCIN. O primeiro congresso constituiu as VI Jornadas Internacionais de Neonatologia e as XLIV Jornadas Nacionais de Neonatologia, cujo programa se encontra no anexo 3, e onde foram abordados temas como a influência do micro e macro ambiente no neurodesenvolvimento infantil e onde destaco a participação de Mary Coughlin, enfermeira de nacionalidade americana e uma referência nos cuidados para o desenvolvimento. O segundo, a nível nacional e especificamente de enfermagem em neonatologia, cujo programa se pode consultar no anexo 4 e onde foram apresentados e discutidos os CD numa perspetiva da qualidade e segurança dos cuidados. Nestes congressos pude constatar a crescente atenção prestada pela comunidade científica e profissional aos cuidados para o desenvolvimento, e nomeadamente às intervenções de enfermagem promotoras de um desenvolvimento infantil saudável com especial destaque para o Método canguru.

Os cuidados para o desenvolvimento têm também e sempre, uma relação que poderemos dizer simbiótica com os cuidados centrados na família, na medida em que como EE ESIP, através dos cuidados para o desenvolvimento temos uma intervenção de capacitação e empoderamento dos pais, ajudando-os na leitura e compreensão dos sinais comportamentais transmitidos pelo seu filho e ajudando-os a interagir com o bebé utilizando o tipo de toque e estimulação sensorial mais adequada para cada RN. Considerando estes aspetos, os cuidados para o desenvolvimento, constituem, na UCIN, uma ajuda na vivência das transições relativas a esta fase do ciclo de vida das crianças e famílias internadas.

Foi também de especial interesse, ter observado e participado em estratégias de enfermagem que potenciassem o adequado desenvolvimento da

criança, visto ser um objetivo prioritário do cuidado de enfermagem à criança e ao jovem, o minimizar as ameaças que a hospitalização poderá trazer ao seu desenvolvimento. Estratégias já referidas por Sanders, 2014, como minimizar e evitar a separação da família, a ajuda no controlo com situações de dor e minimizar a perda de controlo e autonomia são exemplos de estratégias promotoras e protetoras de um harmonioso desenvolvimento infantil. Foquei-me mais concretamente, nos vários contextos de estágio, e por ser uma área de interesse do meu projeto, nas **Medidas Não Farmacológicas de Controlo da Dor (MNFCD)**. Estas medidas tal como os CCF, estão também elas na base dos cuidados pediátricos fazendo parte de uma filosofia de cuidados não traumáticos. Nos diversos momentos de aprendizagem e de contacto com as várias idades pediátricas, foram vários os exemplos destas estratégias, e que, à luz do pensamento de Meleis, também designei de terapêuticas de enfermagem e que passarei agora a analisar.

Para que estes cuidados sejam efetivos, para que se consigam prestar CCF e cuidados não traumáticos, a intervenção do EE ESIP deverá centrar-se na abordagem e aproximação à criança e jovem nas suas várias idades e como tal, no estabelecimento de um processo relacional com estes clientes. O processo relacional enfermeiro-criança/adolescente é um processo com uma intencionalidade terapêutica, e, como tal requer a mobilização de um vasto conjunto de técnicas. De entre essas técnicas, destaco, como já referi as MNFCD, mas também a importância da comunicação (centrada na criança e no jovem) e o brincar, um elemento fundamental no desenvolvimento infantil, mas também um precioso aliado como técnica de comunicação com a criança e como MNFCD.

Na **comunicação** com crianças em idade escolar e adolescentes, assisti a intervenções que revelaram a sua especificidade face às necessidades dos seus beneficiários. Pude identificar, o cuidado no internamento de um adolescente numa sala com jovens da sua idade que não foi feita de forma aleatória, tal como preconizado pelos autores consultados numa revisão bibliográfica direcionada, a designação de sala de atividades dada à sala de brincar no internamento de modo a poder ser mais chamativa para uma faixa etária mais velha na idade pediátrica. Uma das estratégias mais utilizadas por

minim em diversas abordagens a crianças em idade escolar e a adolescentes, foi muitas vezes iniciar a comunicação querendo saber acerca das suas preferências, por exemplo clubísticas, tema que gerou sempre uma participação bastante ativa dos adolescentes internados e uma facilitação do início de uma relação que se pretendia de confiança com os profissionais de saúde. Para a criança e jovem, a doença e a hospitalização representam ansiedade, dor e sofrimento porque não possuem os mecanismos necessários para enfrentar a situação de crise que a doença representa (OE, 2013), e os enfermeiros têm de mobilizar técnicas facilitadoras (terapêuticas) dessa experiência de transição de saúde/doença, adequadas a cada fase do ciclo de vida da criança e família. Eu própria, pelo facto de contactar menos com esta faixa etária no exercício da minha profissão, só em momentos de reflexão feita durante e após os momentos de estágio pude evidenciar estas estratégias de comunicação adequadas ao nível de significação da criança (Barros, 2003) que apelido de terapêuticas de enfermagem por serem facilitadoras da transição de saúde/doença nas situações de hospitalização. Pois as crianças devido a condicionalismos inibidores da transição, como o facto de possuírem poucos conhecimentos sobre a hospitalização e se encontrarem num ambiente desconhecido e sujeito a procedimentos de carácter invasivo e doloroso, apresentavam padrões de resposta que demonstravam estar pouco ligado ou deslocado daquele ambiente. Factos como a interrupção das rotinas quotidianas e do ambiente familiar, a presença de equipamento estranho e ameaçador, a necessidade de administrar tratamentos ou meios de diagnóstico assustadores e dolorosos, a necessidade de contactar com muitas pessoas entre todos os profissionais de saúde, e a impossibilidade de manter o controlo sobre os acontecimentos, são condições que dificilmente podem ser completamente eliminadas (Barros, 2003). O facto de não desenvolver a minha atividade profissional junto desta idade pediátrica, levou a um interesse e a uma revisão bibliográfica mais direccionada para as formas de comunicação com estas crianças, pois era aí que sentia uma maior dificuldade. Os enfermeiros na comunicação com a criança e jovem utilizam uma variedade de técnicas verbais e não verbais para estabelecer e estimular a comunicação. Essas técnicas são utilizadas para colocar questões, explorar preocupações e

conhecer o cliente de uma forma o menos ameaçadora possível (Hockenberry, 2014). Em contexto hospitalar, pelas suas características ameaçadoras como já referi, é difícil para os enfermeiros estabelecerem uma ligação amigável, pois são avaliados pelas crianças como desconhecidos e comumente associados a expressões como “se te portas mal o enfermeiro dá-te uma pica” e isso aumenta a ansiedade nas tentativas de comunicação. Hockenberry, 2014, refere o brincar como uma das formas mais importantes de comunicação e considera-o uma técnica efetiva na relação com a criança.

O **brincar** fez-me também sentido como terapêutica de enfermagem pois constitui uma técnica de comunicação, de distração ou de envolvimento da criança e, como tal, sendo frequentemente uma MNFCD. O brincar sendo um dos aspetos mais importantes na vida da criança torna-se essencial ao seu desenvolvimento, mas também um preciso aliado como já referido, na gestão do *stress*, do medo e ansiedade que uma hospitalização pode causar. Em momentos de estágio no serviço de urgência e de internamento pediátricos com crianças em idade pré-escolar, utilizei, o brincar como técnica de aproximação e comunicação com a criança. Se a criança possuía um boneco começava por falar inicialmente com este para facilitar a entrada da criança no diálogo de uma forma natural e guiada por ela, tal como defende Hockenberry, 2014. Ainda em algumas vezes, utilizei este recurso para explicação à criança do procedimento a que iria ser sujeita, utilizando a técnica da modelagem envolvendo o brincar. Ou seja, ao mesmo tempo que brincava com ela, recreei uma situação em que os bonecos realizavam o procedimento e através do comportamento deles, ela ia observando o que seria esperado que ela também sentisse ou fizesse. A informação sobre o que ia acontecer adquiriu uma função menos central, e apresentou-se um modelo que demonstrou como é que a criança pode controlar o seu medo e ansiedade, ou como é que os pais podem ajudar o filho a fazê-lo (Barros, 2003). O brincar tem sido objeto de investigação, pela sua característica fulcral no desenvolvimento da criança. Ribeiro e Sabatés, 2001, consideram que o profissional que utiliza o brincar como um recurso de aproximação e de comunicação é um profissional mais preparado para lidar com estes seus clientes tão especiais.



**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

Ainda como MNFCD, tive oportunidade de mobilizar a técnica de canguru no confronto dos RN com situações de dor, nomeadamente durante a realização do teste de Guthrie em contexto comunitário. A UCSP bem como o hospital de dia do internamento de pediatria, é também um local onde a criança se desloca para a realização de procedimentos dolorosos como a vacinação, colheita de sangue para análises e o teste de Guthrie. Nestes dois locais de estágio durante estes procedimentos, as MNFCD que pude observar foram maioritariamente a sucção-não-nutritiva, o colo e a contenção nos RN e técnicas de distração com crianças em idade escolar e pré-escolar. Estas técnicas faziam com que a criança se distraísse, não olhasse para os instrumentos, ao mesmo tempo que tinham algum sentido de controlo. Eram fáceis de aplicar e geralmente suficientes, para crianças pouco sensibilizadas por experiências negativas anteriores, e para procedimentos breves e pouco invasivos ou aversivos (Barros, 2003). Neste contexto, tive a oportunidade de refletir com o EE ESIP sobre a possível utilização do método canguru, nomeadamente durante a realização do teste de Guthrie em RN. Segundo Saedi et al, 2011, o método canguru pode ser utilizado para diminuição da intensidade da dor nos recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos, nomeadamente a vacinação e outro tipo de punções. E verificámos que o MC, pela sua natureza, sendo uma técnica simples de realizar, não envolvendo recursos humanos nem económicos nem implicando a dispensa de mais tempo para o procedimento, constituía uma MNFCD passível de ser aplicada em alguns procedimentos realizados aos RN em contexto comunitário. Não só permitiu uma ajuda no controlo da dor do RN como também uma diminuição da ansiedade dos pais durante a realização do procedimento, sendo ainda um exemplo de parceria de cuidados.

Ainda em contexto de comunidade as minhas experiências de observação, acompanhamento e análise foram bastante diferentes pois tive a oportunidade de observar crianças em diferentes idades e estádios de desenvolvimento que pude avaliar através da mobilização da escala de *Mary Sheridan* modificada. Pude ainda refletir sobre um outro aspeto da intervenção de enfermagem numa situação de transição- a promoção de processos transicionais saudáveis. O EE ESIP através do acompanhamento em toda a

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

idade infantil, ajuda não só na vivência mas também e, com um papel fundamental, na antecipação de futuras situações de transição através dos cuidados antecipatórios realizados na consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil. Para Meleis, 2010, uma das intervenções de enfermagem é a suplementação de papel, que pode ser terapêutica para diminuir ou melhorar a insuficiência de papel, ou pode ser preventiva quando é utilizada como forma de clarificar papéis para as pessoas anteciparem a transição. Exemplo disso, foi, por exemplo, a referência às cólicas numa primeira consulta do recém-nascido, antecipando uma possível situação de crise para a criança e família, que deste modo foi antecipada intervindo o EE ESIP de modo preventivo, nos condicionalismos da família à transição aumentando os seus conhecimentos sobre aquela fase, constituindo-se um fator facilitador naquela experiência de transição.

Do relatado até ao momento, posso afirmar que neste percurso de estágio não descurei, em nenhum momento, o meu foco no desenvolvimento das competências de EE ESCJ, e, para tal considero, entre todas as outras, ter aprofundado as competências relativas: à Implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; à Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2010 b). Após a análise das diferentes experiências de transição e das diferentes terapêuticas de enfermagem mobilizadas, passarei em seguida ao meu segundo objetivo geral, que se foca no Método Canguru como uma terapêutica de enfermagem facilitadora da experiência transicional da criança e família na UCIN.

### **3.2- Proposta de programa de consolidação da prática do Método Canguru como terapêutica de enfermagem na experiência transicional da criança e família na UCIN**

Como referido anteriormente aquando da explicitação da problemática objeto do meu projeto, tornou-se claro que seria o Método Canguru e a consolidação da sua prática, que iriam guiar este meu caminho de desenvolvimento de competências específicas.

O ambiente físico e tecnológico, em geral, pouco familiar e convidativo da UCIN, a existência de uma incubadora a separar fisicamente o bebé da família aliado à incerteza da sobrevivência da criança, como vimos já anteriormente, pode constituir uma barreira ao estabelecimento precoce da vinculação. Estes fatores podem afetar a realização do papel parental uma vez que, por não poderem realizar os primeiros cuidados aos filhos, muitos pais sentem o seu papel diminuído, o que é causador de *stress* (Pollara, 2010). Para a mesma autora, para que a transição para a parentalidade ocorra o mais precocemente, é essencial que a equipa de enfermagem oriente e suporte a família nessa transição. De acordo com a dinâmica familiar poderemos dar maior enfoque às necessidades dos pais, encorajando-os na consecução do seu compromisso parental.

À luz de Meleis, 2010, os enfermeiros trabalham no sentido de compreender o modo como cada família está a experienciar esta transição que varia de acordo com os condicionalismos de cada uma, ou seja, de acordo com os fatores facilitadores e inibidores de cada criança e família. Na vivência desta transição, o enfermeiro mobiliza os seus cuidados de modo a tornar o ambiente da UCIN mais convidativo. Neste sentido, o enfermeiro trabalha com os pais tornando-os mais próximos do seu bebé, para que se possam relacionar com ele de uma forma profunda e próxima, facilitando a vivência da parentalidade e uma vinculação segura. Os CD, têm aqui uma ação fundamental, pois é através de intervenções como a ajuda na interpretação dos sinais do RN, o ênfase na forma como eles reconhecem a voz e o toque dos pais e estes lhe são transmissores de amor e segurança, que se consegue esta aproximação. É através destas intervenções que os pais se vão sentindo mais seguros e

confiantes na aproximação e conhecimento do seu filho. A explicação do ambiente envolvente e a “desconstrução” de toda a tecnologia vai também ajudar a torná-lo num meio facilitador do conhecimento do bebé, assim como promotor do cuidado e recuperação, e ajudando os pais na vivência da parentalidade. Durante o estágio, pude receber testemunhos de como foi difícil a primeira visita de uma mãe ao seu filho na UCIN “só consegui permanecer 5 minutos, mas a presença e explicação da enfermeira tornou aquele momento de confrontação muito mais fácil”. Pollara, 2010, interpretando esta transição segundo Meleis, dá o exemplo do Método Canguru como uma intervenção promotora do contacto e interação entre pais e filhos. Acrescenta ainda, que este contacto frequente, profundo e próximo, pode levar à estabilidade psicológica e ao início da vinculação.

Meleis, Swendsen & Jones, 2010, frisam ainda uma ação importantíssima, a suplementação de papel. Nela, os enfermeiros ajudam os pais a tomar decisões baseadas num programa de demonstração e de discussão de possíveis situações que vão ocorrer, antecipando-as, aumentando assim a sua capacidade como pais. O enfermeiro através desta antecipação constitui um modelo de como os pais devem agir perante uma situação. No exemplo da realização do MC, os pais devem estar informados sobre a prática, mas também esta, lhes deve ser demonstrada, de modo a que sejam antecipadas reações dos pais e do bebé, e as intercorrências próprias, que ao serem previamente discutidas e prevenidas, vão ajudá-los no desempenho dessa nova estratégia de aproximação ao bebé. Em resumo, esta suplementação fornece aos pais a informação e experiência necessárias como padrões de comportamento, sensações e objetivos envolvidos para que possam dominar a sua função.

O MC é uma prática promotora e facilitadora da vivência da parentalidade, mas é também e simultaneamente, um cuidado que responde às necessidades do ciclo de vida da criança, contribuindo, como cuidado para o desenvolvimento, para um desenvolvimento infantil saudável.

Assim, apesar de na equipa a que pertença, o MC, ser uma prática regularmente oferecida aos pais e crianças internadas, muito havia ainda a ser feito para a consolidar e torná-la, como diz a evidência, num cuidado aceite,

interiorizado e plenamente estabelecido e oferecido a todos os RN e famílias numa UCIN (OMS, 2015). Nomeadamente, aumentar a realização deste método a RN ventilados invasivamente, alterar o modo de transferência do RN da incubadora, promovendo uma maior participação dos pais nessa mesma transferência e melhorar os registos de enfermagem no que dizem respeito a esta prática, são alguns exemplos do caminho a percorrer. Tornou-se então, um objetivo major, a realização de um programa que consolidasse a prática do MC como intervenção de enfermagem facilitadora da experiência transicional da criança e família na UCIN.

Para a elaboração da presente proposta desse programa, recorri essencialmente a bibliografia que relatasse experiências de implementação deste método em outras unidades pioneiras no tema. Todos eles eram unânimes na necessidade de se saber inicialmente, junto da população na qual se pretende a aquisição de um determinado comportamento ou boa prática, quais os motivos que levavam ao problema. Após ter definido a problemática e a minha área de interesse, e como não dispunha neste estágio das condições técnicas e de tempo suficientes para a concretização de investigação na minha unidade, das causas e motivos que levavam à ainda não consolidação efetiva desta prática (MC), recorri a estudos que analisavam as práticas e perceções de equipas de enfermagem relativamente ao MC em UCIN's similares ao meu contexto de trabalho. Estudos que analisei e mobilizei na minha unidade, juntamente com os colegas e a chefia de enfermagem, constituindo o ponto de partida para o programa.

Existem, como já referi, na literatura, exemplos de programas de introdução da prática do MC em UCIN's. Stikes e Barbier, 2013, são autores de uma estratégia que consegue promover o efetivo uso de práticas inovadoras na enfermagem, nomeadamente o Método Canguru, que denominaram: *Plan-Do-Study-Act*, Planeia-faz-estuda-atua. Estes autores partiram de um problema para um plano de ação estruturado. O problema era a inconsistência na prática do MC, ou seja, alguns enfermeiros praticavam o método enquanto outros não o faziam. Analisando, neste e noutros estudos similares os motivos pelos quais a equipa de enfermagem apresentava esta inconsistência, pude encontrar motivos como as preocupações sobre a segurança do RN, a incapacidade para

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de  
Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

avaliar a prontidão do RN, falta de diretrizes, falta de tempo, pressão dos colegas, falta de pessoal, falta de apoio por parte da liderança (Stikes e Barbier, 2013). E foi a partir daí que estabelecemos o nosso plano de trabalho.

Neste nosso segundo objetivo geral, propusemo-nos assim à elaboração de um programa que consolidasse a prática do MC na UCIN, visto ela já ser realizada, mas não estar ainda consolidada de acordo com o recomendado na evidência científica.

Na minha UCIN, comecei por identificar o problema e as suas possíveis causas, analisando juntamente com os colegas e chefia de enfermagem estudos feitos em UCIN's similares. Seguidamente, fiz uma revisão da literatura sobre o MC, história, benefícios e essencialmente, sobre a evidência do MC existente que é vasta e atual, nomeadamente a nível de órgãos tão credíveis e reguladores como a OMS, 2015. Foi também nesta altura que tive a oportunidade de participar em dois congressos cujo tema do MC ia merecer relevo e cujos programas constam dos anexos 3 e 4 já referidos anteriormente. Nesses congressos participei com a elaboração e apresentação do *poster* que consta no apêndice 6, e que, posteriormente tive a oportunidade e autorização de afixar na UCIN onde exerço funções e onde realizei estágio.

No decorrer do estágio, na continuação da elaboração do referido programa, formei o Grupo Dinamizador do Método Canguru (GDMC), que após aval da minha enfermeira chefe, pude constituir com um elemento de enfermagem de cada equipa existente, de modo a que, em cada turno, pudesse estar sempre presente um elemento do GDMC. Aqui, tive presente os princípios da formação em adultos, sabendo que, em equipa e em grupo, mais facilmente poderia motivar um maior número de pessoas a aderir a um determinado comportamento ou boa prática. Tive também presente que seria um trabalho de continuidade no tempo e não delimitado cronologicamente ao estágio, pelo que, seria de todo o interesse a formação do grupo para que pudéssemos trabalhar no presente e no futuro. E assim, sob a minha coordenação, decorreram as primeiras sessões de trabalho com o GDMC, onde primeiramente apresentei o meu projeto e a problemática que me tinha levado a estudar esta área. Tal como já referi iniciámos o nosso trabalho pela análise de possíveis causas para a ainda não consolidação desta prática na

nossa UCIN e discutimos os motivos referidos em estudos em UCIN's similares. Seguidamente elaborámos um *dossier* que ficou disponível no serviço com a evidência científica mais recente existente sobre o MC, e cujo índice se encontra no apêndice 7.

O passo seguinte, e atendendo ao motivo referido em vários estudos de que uma das justificações para a falta de efetividade na prática do MC ser a falta de diretrizes em relação aos RN que poderiam ou não realizar o MC, ou seja em relação a critérios de inclusão e exclusão de RN, foi a revisão do procedimento existente no serviço sobre o MC e que se encontra no apêndice 8. Esta revisão do procedimento obedeceu a factos importantes e também referidos pelas equipas em alguns estudos, nomeadamente a necessidade de encontrar critérios de elegibilidade dos RN para a realização do MC. Esses critérios foram definidos com base na literatura existente, nomeadamente Nyqvist et al, 2010 e Ludington-Hoe, 2003. O procedimento foi revisto, apresentado e discutido com a Sra. Enfermeira chefe de serviço. Sofreu também apreciação e foi discutido com a equipa médica e posteriormente, foi apresentado, em sessão de trabalho à equipa de enfermagem através de uma sessão teórico-prática (apêndice 9), onde a equipa presente pôde conhecer o novo procedimento ainda em fase de finalização, sugerir alterações e, muito importante, todos puderam através do método demonstrativo e ativo, treinar a prática do MC e as novas atualizações referidas na evidência e presentes no novo procedimento, através da utilização de modelos e material simulador da prática real para o efeito. Um aspeto fulcral e que o novo procedimento veio introduzir foi a melhoria da qualidade dos registos de enfermagem relativamente ao MC. Ao passo que, anteriormente era apenas registado se o RN tinha realizado MC, o novo procedimento refere a necessidade da contemplação nos registos de aspetos como quem realizou o MC, como foi a transferência (se para a posição de pé ou sentada), qual o grau de autonomia dos pais na realização do MC e a duração exata do mesmo, de modo a contribuir para a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem prestados, mas também de modo a contribuir para a evolução da enfermagem como ciência facilitando trabalhos de investigação futuros na área do MC e da efetividade desta terapêutica.

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

Pude, assim, liderar o processo para a consolidação da prática do MC enquanto terapêutica de enfermagem, otimizando os contributos da equipa multiprofissional, garantindo a segurança e a qualidade na sua implementação.

Para a formação e capacitação dos pais para a realização do MC, contribuiu e irá contribuir essencialmente, i) o folheto realizado por mim (apêndice 10), que contém informações para os pais sobre os benefícios do MC e alguns cuidados a ter antes e durante a sua realização, e ii) a nova prática instituída pelo programa, que consiste no ensino aos pais através da utilização de modelos de bebés RN no treino das transferências para a posição de canguru, simulando a transferência de um RN real. Esta importante prática permitiu que os pais quando fossem realizar MC pela primeira vez com o seu filho, fossem mais seguros, diminuindo a ansiedade que uma primeira transferência poderia causar, facilitando assim o processo de vinculação e a transição para a parentalidade.

Por fim, de salientar o carácter de continuidade deste programa, na medida em que, tal como nos indica a literatura, é necessário a frequente avaliação e análise da implementação de cada nova prática instituída, de modo a poder novamente intervir em problemas ou barreiras que surjam no decorrer do programa. Como tal, o grupo dinamizador do MC tem já prevista a realização de uma sessão de trabalho futura que analise a implementação do programa na UCIN. Sempre numa dinâmica cíclica, em que a identificação de novos problemas leva novamente ao estudo da literatura para a atualização de diretrizes e boas práticas, levando posteriormente à implementação de um plano de atuação (Stikes e Barbier, 2013).



## **4- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na análise final e crítica de todo este processo, que culmina com a elaboração deste relatório, interessa salientar os importantes contributos de todo o 6º CMEESIP e de cada UC em particular e a maneira como vieram alicerçar todo um percurso realizado e vindouro como EE ESIP. Através da sua componente teórico-prática e visão global da enfermagem pediátrica foram adquiridos importantes instrumentos, conhecimentos e capacidades para um pensar reflexivo e para uma prática baseada na evidência sobre os processos de saúde e doença numa lógica de enfermagem avançada, em todos os contextos onde a criança/jovem e sua família vivem e se desenvolvem.

De salientar o carácter que esta especialização em ESIP tem a nível do estímulo à reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e sobre os processos de melhoria da qualidade. Nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem é notória a dedicação que o EE ESCJ deverá dar à maximização da saúde da criança e do jovem com especial atenção à satisfação das suas necessidades nas suas diferentes etapas de desenvolvimento (OE, 2011 a). Aqui é demonstrada a importância da promoção do crescimento e desenvolvimento infantis, e a atenção que o EE ESCJ deverá dar à adaptação da criança e do jovem às diferentes transições, que ressalvam, podem ser normativas e/ou acidentais, nunca o dissociando da sua família, encarando-os como um binómio em todas as fases de cuidados (idem).

“Em todas as etapas de desenvolvimento da criança, em situações de particular vulnerabilidade e em todo o processo de aperfeiçoamento parental, os pais precisam de algum tipo de ajuda.” (OE, 2015, p.12). Foi através da análise e confrontação do meu projeto com os padrões de qualidade e os documentos orientadores de boas práticas em ESIP referidos, que considero ter desenvolvido elementos importantes de atuação do EE ESCJ. Nomeadamente, na área da satisfação da criança e do jovem, em que propus o MC como intervenção de enfermagem sendo um dos seus objetivos minimizar o impacto da experiência de hospitalização e, entre outras, na área do bem-estar e autocuidado, em que esta intervenção vai contribuir para a promoção

do contacto físico dos pais com o RN, da amamentação e das competências parentais. Mas foi também através desta análise que encontrei áreas que carecem de uma maior aposta da minha parte como profissional no meu contexto de trabalho tais como a área da organização dos cuidados de enfermagem na qual a existência de guias orientadores de boas práticas e de um instrumento de registo de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados de enfermagem da criança/jovem, intervenções de enfermagem e resultados sensíveis às intervenções de enfermagem. Esta última extremamente necessária e que pude vivenciar nos vários campos de estágio, e com isso perceber a premente necessidade da sua abrangência a todos os locais de prestação de cuidados de enfermagem. No meu contexto de trabalho, em particular, percebi a necessidade de melhoria desse instrumento, visto este ainda não ser totalmente informatizado, para que se possa realmente dar ênfase às intervenções de enfermagem e a futuros estudos de investigação sobre o tipo, dimensão e resultado das várias terapêuticas de enfermagem nas situações de saúde/doença do cliente pediátrico. No meu caso, a nível pessoal, gostaria futuramente, de poder realizar um estudo de investigação na área do MC e de como esta terapêutica de enfermagem produz resultados na satisfação do RN e sua família e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Embora a evidência científica aponte para a necessidade de serem realizados estudos com amostras mais representativas e de compreender o impacto das medidas promotoras do desenvolvimento nos prematuros ao longo da sua vida (pelo menos até idade adulta), a evidência dos múltiplos benefícios do MC está a aumentar. Em resposta é importante aplicá-la na cultura dos cuidados neonatais, trabalhando nas possíveis barreiras percebidas pelos profissionais de saúde. A evidência produzida começa a estar disponível para todos os enfermeiros e o conhecimento prático é transmitido de forma ativa a novos elementos. Esta prática exige poucos recursos materiais, apenas disponibilidade e vigilância. Como EE ESIP, trabalhando num paradigma da transformação, procurando evoluir com o cliente e acompanhá-lo na sua evolução na sociedade (Kérrouac, 1994), um dos meus objetivos será o de trabalhar em parceria com os pais para que eles encarem o MC como um

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de  
Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

direito deles e do seu RN, e o realizem, sempre que possível, de maneira autônoma. O enfermeiro deverá em cada momento ponderar com os pais a adequação da transferência gradual das competências e responsabilidades parentais (*empowerment*) para que estes, de acordo com a sua individualidade e especificidade, se tornem os principais cuidadores da criança e atendam a todas as suas necessidades físicas e emocionais, atendendo ao facto do MC ser um cuidado realizado a nível hospitalar mas com o objetivo de ser continuado após a alta.

Na implementação deste projeto posso realçar o seu carácter de continuidade. Após a sessão de trabalho teórico-prática e com a ajuda do GDMC, o procedimento está a ser cumprido na UCIN. No entanto, é de todo o interesse e ficou consolidada a continuidade do grupo dinamizador, no sentido de continuar a realizar atividades que promovam a dinamização do MC na unidade como a realização de mais sessões teórico-práticas sobre o procedimento revisto, a constante atualização da literatura e evidência existente, e a realização de sessões de trabalho em equipa para diagnóstico de necessidades de formação, de feedback em relação à prática e de análise de possíveis constrangimentos e barreiras que tenham entretanto surgido, e de procura de estratégias para os ultrapassar. Ainda que seja muito claro na evidência a necessidade de realização do MC de forma contínua, no nosso país, atendendo às nossas estruturas hospitalares, tal não é ainda plenamente praticado pois a existência de alojamento conjunto para pais e bebés internados constitui ainda uma utopia. No entanto a produção de evidência que aponta nesse sentido é cada vez maior e juntando ao que já é recomendado pela OMS (2003, 2012, 2015), resta-nos acreditar que passo a passo, caminharemos para uma aproximação a essa realidade, e projetos que o evidenciem são já exemplos desses passos.

Para finalizar, realçar novamente a versatilidade do MC e de como, através de uma prática simples, humanizada e sem custos, abrange de forma holística o cuidado ao cliente pediátrico. É um exemplo de uma prática de cuidados centrados na família e de cuidados para o desenvolvimento, ao mesmo tempo que constitui uma terapêutica de enfermagem facilitadora das experiências transicionais da criança e família na UCIN.

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

Ainda uma referência essencial à variável desenvolvimento infantil e como a implementação deste projeto teve influência na sua proteção e promoção. Na realização deste projeto, foi objetivo a análise de práticas relativas a processos de cuidados e a terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências transicionais saudáveis, sendo os CD um exemplo primordial, visto contribuírem para a promoção do desenvolvimento infantil. Através de atividades como a pesquisa bibliográfica sobre os CD, sobre a sua dinâmica e sobre a sua influência nas transições relativas ao crescimento e desenvolvimento infantis, bem como do acompanhamento do EE ESIP, pude, desenvolver processos de cuidados promotores de experiências transicionais saudáveis incorporando estes cuidados como terapêuticas de enfermagem.

Só compreendendo a variável de desenvolvimento e como esta interage com as restantes variáveis, os enfermeiros poderão compreender como aquele RN/criança/ jovem, em determinada etapa do seu desenvolvimento, vivencia, interpreta e reage aos acontecimentos, quais as suas necessidades e que cuidados e estratégias de enfermagem podem ser planeados como intervenções de enfermagem no sentido de serem facilitadoras dessas experiências. No essencial, como nos alerta a OE, 2010 b), só conhecendo a variável de desenvolvimento será possível prestar cuidados específicos em respostas às necessidades de crescimento e desenvolvimento do RN/criança/jovem e sua família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Als, H., Gilkerson, L., Duffy F. H., et al (2003). A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects. *J Dev Behav Pediatr* 24 (6):399-408.
- Askin, D. F., Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. 2, pp.1029-1032). Loures: Lusociência
- Barros, L. (2001). O bebê nascido em situação de risco. In M. C. Canavarro. *Psicologia da gravidez e da maternidade*. (p.235-254). Coimbra: Quarteto
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 9789727960811
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bicking Kinsey, C. & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314–20. doi:10.1016/j.midw.2012.12.019
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes. 423 p.
- Carneiro, R., Alves, C. (2012). Triagem de Manchester Serviço de Urgência Pediátrica. Disponível em: <http://docplayer.com.br/1175441-Triagem-de-manchester-servico-de-urgencia-pediatria.html>. Acedido em 02-12-2015
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058–1062. Acedido em: 26-06-2015, CINALH Plus with Full Text. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=1996007659&site=ehost-live>

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

- Chick, N. Meleis, A. I. (1986). *Transition: a nursing concern*. In Chinn, P. L., Nursing research Methodology. Reckeville: aspen
- Cockcroft, S. (2012). How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *Journal of Neonatal Nursing*, 18(3), 105–110. doi:10.1016/j.jnn.2011.07.008
- Coughlin, M.; Franck, L.; Gibbins, A.; Gibbins, S.; Hoath, S. (2008). The Universe of Developmental Care. A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive Care. *Advances in Neonatal Care*, 8(3), 141-147.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa:DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Principais Indicadores da Saúde para Portugal*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf> acedido em 29-01-2015
- Eichel, P. (2001). Kangaroo care: Expanding our practice to critically ill neonates. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 1(4), 224–228. doi:10.1053/nbin.2001.28101
- Fernandes, D. (2012). O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. Artigo de opinião. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%Aancia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf>

- Ferreira, A. (2011). A presença dos pais em situação de ressuscitação cardiopulmonar. *Salutis Scientia-Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. Vol.3. Disponível em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=30689> . Acedido em 23-11-2015
- Hale, A. (2010). Neonatal Brain Injury. In Boxwell, G. (Ed). *Neonatal intensive care nursing*. (2nd ed.) (p. 186). New York: Routledge.
- Henning, M., Gomes, M., Morsch, D. (2010). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. 835, 835–852.
- Hockenberry, M. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) . (Vol I, pp. 122–187) Loures: Lusociência.
- Institute for Patient – and Family - Centered Care. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/> . Acedido em : 04-05-2015.
- Johnson, K. (2013). Maternal-Infant Bonding: A Review of Literature, 28(3), 17–23
- Johnston, C. C., Filion, F. Campbell-Yeo, M. Goulet, C. Bell, L. McNaughton, K. Walker, C.-D. (2008). Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. *BMC Pediatrics*, 8, 13. doi:10.1186/1471-2431-8-13
- Kenner, C. & McGrath J.M. (2004). *Developmental Care of Newborns & Infants: A Guide for Health Professionals*. USA: Mosby.
- Kérrouac, S. et al. (1994). *La pensée infirmière*. Laval: Éditions Études Vivantes, 1994. 162 p. ISBN 2-7607-0584-6.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

- Ludington-Hoe, S. M. (2003). Safe Criteria and Procedure for Kangaroo Care With Intubated Preterm Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(5), 579–588. doi:10.1177/0884217503257618
- Ludington-Hoe M, S. (2011). Thirty years of kangaroo care science and practice. *Neonatal Network*, 30(5), 357–362. DOI:10.1891/0730-0832.30.5.357
- Ludington-Hoe M., S. (2013). Kangaroo Care as a Neonatal Therapy. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(2), 73–75. doi:10.1053/j.nainr.2013.03.004
- Magalhães, S. C. R. S. (2011). *A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, Swendsen & Jones, (2010). Role Supplementation for New Parents—A Role Mastery Plan. In A. I. Meleis (coord). *Transitions Theory – Middle-Range and Situation-specific Theories in Nursing Research Practice*. (pp. 523-531). New York: Springer Publishing Company
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, cop. ISBN 978-1-60547-211-9
- Montagner, H. (1993). *A vinculação : a aurora da ternura*. Lisboa: Instituto Piaget. 246 p. ISBN 972-9295-33-6
- Mörelus, E., Theodorsson, E., & Nelson, N. (2005). Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. *Pediatrics*, 116(5), 1105–1113. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16263996&site=ehost-live>



**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

- Morse, J. M., Bottorff, J., Anderson, G., Brien, B. O., & Solberg, S. (1992). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford, 17(7).p.809-821
- KH Nyqvist et al. (2010). State of the art and recommendations . Kangaroo mother care: application in a high- tech environment. *Acta Paediatrica*, 99:812-19.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Acedido em 20-06-15. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf) . Acedido em 22-05-2015
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx> . Acedido em: 02-05-2015.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/MCEESIP-Legislacao.aspx> Acedido em 02-05-2015
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>. Acedido em 02-05-2015
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *CIPE Versão 2 -Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: OE. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>. Acedido em: 21-05-2015

**Cuidados para o Desenvolvimento – O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e Família na UCIN**

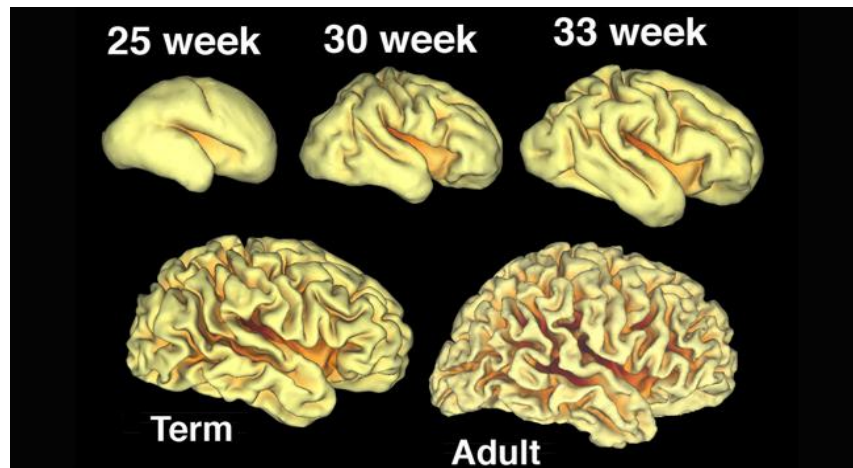
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (Série 1- número 6). Lisboa: Cadernos OE. Disponível em <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>.  
Acedido em 11-12-2015
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização (Série 1-número 8). Lisboa: Cadernos OE. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP\\_ParentalidadePositiva\\_vf.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf) . Acedido em 20-10-2015
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Kangaroo Mother Care a practical guide*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42587/1/9241590351.pdf>. Acedido em 14-02-2015
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Born too soon: The Global Action Report on Preterm*. Geneva: WHO. Disponível em: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf). Acedido em: 05-05-2015.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva: WHO. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf)  
Acedido em: 23-12-2015.
- Pollara, M. H. (2010). Developmental Transitions. In A. I. Meleis (coord). *Transitions Theory – Middle-Range and Situation-specific Theories in Nursing Research Practice* (pp. 87-104). New York: Springer Publishing Company

- REPE (2006) Decreto de Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. Diário da República I Série, N.º 180 (16-08-2009) 6528-6550.
- Ribeiro, P. D. J., & Sabatés, A. L. (2001). Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. *Rev Esc Enferm USP*. 35(4): 420-428.
- Saeidi, R., Asnaashari, Z., Amirnejad, M., Esmaeili, H., & Robatsangi, M. G. (2011). Use of “Kangaroo Care” to Alleviate the Intensity of Vaccination Pain in Newborns. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(1), 99–102. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3446105/>
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. 2, pp.1029-1032). Loures: Lusociência.
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (1994). *Transitions: a central concept in nursing*. Image: Journal of Nursing Scholarship. Indianápolis. Vol 26, nº 2.
- Stikes, R., & Barbier, D. (2013). Applying the plan-do-study-act model to increase the use of kangaroo care. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 70–8. doi:10.1111/jonm.12021
- Wheeler, B. (2014). Promoção da saúde do recém-nascido e da família. In Hockenberry, M. e Wilson, D. (Coords). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. 1, pp. 243-244). Loures: Lusociência
- Zomignani, A., Zambelli, H., Antonio, M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria*. 27(2) 198-203

## **ANEXOS E APÊNDICES**

**ANEXO 1**

**Anexo 1- Desenvolvimento cerebral desde as 25 semanas de gestação até à idade adulta.**

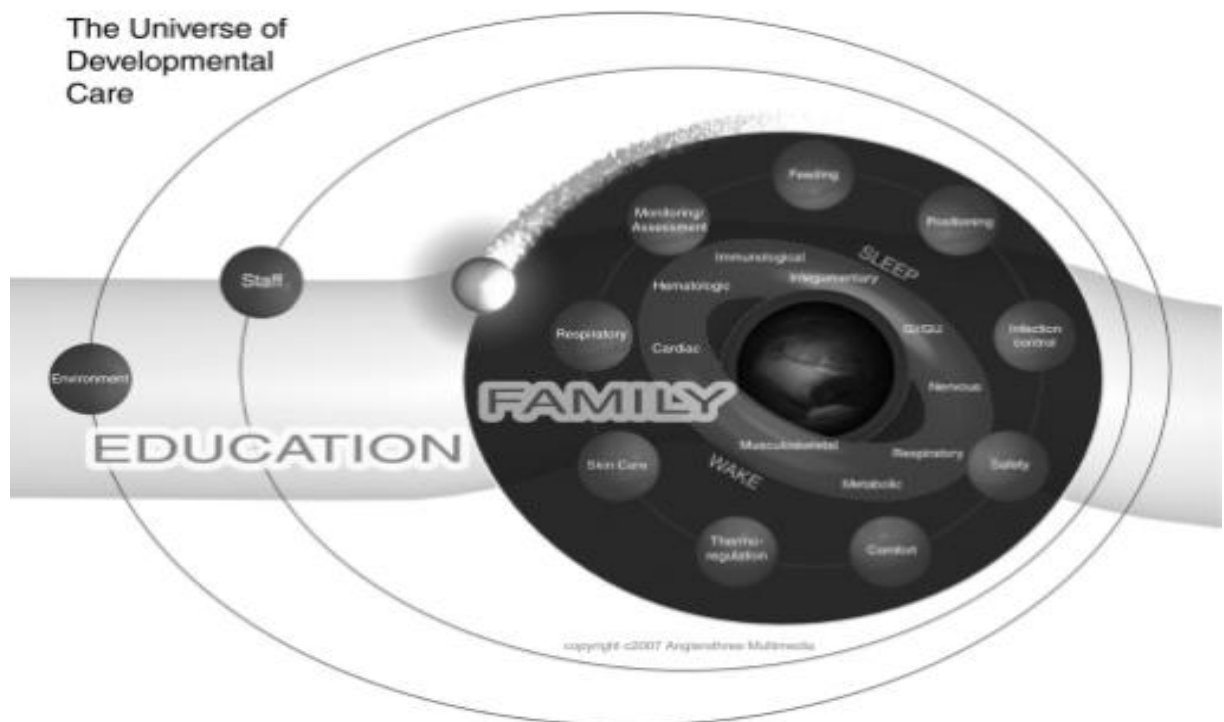


Fonte:

<http://www.brainfacts.org/~media/Brainfacts/Article%20Multimedia/About%20Neuroscience/Technologies/Technologies%20Atlases.ashx> acedido a 01/02/2015



## Anexo 2 - Modelo do Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento





Fonte: [http://openi.nlm.nih.gov/imgs/512/132/2779463/2779463\\_jan0065-2239-f1.png](http://openi.nlm.nih.gov/imgs/512/132/2779463/2779463_jan0065-2239-f1.png) Acedido a 01/02/2015





## Anexo 3- VI Jornadas Internacionais de Neonatologia e XLIV Jornadas Nacionais de Neonatologia-Programa

|   |  |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |
|---|--|---|---|-----------------------------------|----------|------------------|-------------|-----------------|-----------------|----------------|-------------|-----------------|------------------|----------------|----------------|--|---------------|--|-------------|--|---------------|--|-------------------|--|---------------|--|
|  <p><b>VI Jornadas Internacionais de Neonatologia</b><br/><b>XLIV Jornadas Nacionais de Neonatologia</b><br/>5 novembro 2015</p> <hr/> <p>08.00 Opening</p> <p>09.00 <b>CONFERENCE</b><br/>Neurodevelopment and Nutrition (B. Koletsko)<br/>Chairman: Luis Pereira da Silva</p> <p><b>PRENATAL DIAGNOSIS</b> _____<br/>Chairman: Helena Carreiro, Ana Serrano</p> <p>09.45 Prenatal diagnosis (Alvaro Cohen)</p> <p>10.15 Fetal echocardiography (Ana Luisa Neves)</p> <p>10.45 Coffee break</p> <p>11.15 Cerebral fetal ultrasound and MRI (Flávia Corrêa)</p> <p>11.45 Fetal surgery (Jorge Correia Pinto)</p> <p>12.15 <b>DISCUSSION</b></p> <p>12.45 <b>OPENING SESSION</b></p> <p>13.00 <b>LUNCH AND POSTERS</b></p> <p>14.00 <b>ORAL COMMUNICATIONS:</b> José Luis Nunes, Cristina Matos, Gabriela Mimoso, Marta Ferreira, Laura Barroso, Sónia Antunes</p> <p><b>GLOBAL CARE</b> _____<br/>Chairman: Hercília Guimarães, Mary Coughlin</p> <p>15.00 Light, sound and handling (Ana Cadete)</p> <p>15.30 Oral feeding (Ana Marques, Florbela Neto)</p> <p>16.00 Coffee break</p> <p>16.30 Sleeping Care (Helena Loureiro)</p> <p>17.00 Pain management (Almerinda Pereira)</p> <p>17.30 <b>DISCUSSION</b></p> <p>18.00 <b>GENERAL ASSEMBLY</b></p> |  <p><b>VI Jornadas Internacionais de Neonatologia</b><br/><b>XLIV Jornadas Nacionais de Neonatologia</b><br/>6 novembro 2015</p> <hr/> <p>08.30 <b>ORAL COMMUNICATIONS:</b> Maria José Castro, Isabel Nabais, Maria José Mendes, Carmen Carvalho, Edite Costa, Eurico Gaspar</p> <p>09.30 <b>CONFERENCE</b><br/>Kangaroo care (Mary Coughlin)<br/>Chairman: Rosalina Barroso</p> <p>10.15 Coffee break</p> <p><b>MONITORIZATION</b> _____<br/>Chairman: Filomena Pinto, Helder Ornelas</p> <p>10.45 NIRS (Pedro Amorim)</p> <p>11.15 Echocardiography for neonatologists (Elisa Proença)</p> <p>11.45 aEEG (André Graça)</p> <p>12.15 <b>DISCUSSION</b></p> <p>12.45 <b>LUNCH AND POSTERS</b></p> <p><b>NON INVASIVE VENTILATORY SUPPORT</b> _____<br/>Chairman: Teresa Tomé, Anselmo Costa</p> <p>14.00 M.I.S.T. (Marta Aguar)</p> <p>14.30 High flow oxygen (Júlio Moreno)</p> <p>15.00 CPAP/BIPAP (Teresa Aguiar, Pedro Silva)</p> <p>15.30 Coffee break</p> <p>16.00 NIV-NAVA (Isabel Benavente)</p> <p>16.30 Nurse/Therapist Respiratory Care (Joana Imaginário, Paula Costa)</p> <p>17.00 <b>DISCUSSION</b></p> <p>17.30 <b>CLOSING REMARKS</b></p> | <p style="text-align: center;"><b>FICHA DE INSCRIÇÃO</b></p> <p>NOME _____</p> <p>TELEMÓVEL _____</p> <p>Email _____@_____</p> <p>ESPECIALIDADE _____</p> <p>INSTITUIÇÃO _____</p> <p>Inscrição - 150 euros<br/>Internos - 100 euros<br/>Sócios com quotas atualizadas - 120 euros<br/>(inclui almoços de trabalho, café, jantar)</p> <p>Pagamento.<br/>Cheque ou Transferência Bancária para conta nº 0033 0000 00480289656 80</p> <p><b>ENVIAR FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O SECRETARIADO</b></p> <p>Teresa Ribeira<br/>E-mail: <a href="mailto:seccao.neonatalogia@gmail.com">seccao.neonatalogia@gmail.com</a><br/>Inscrição online: <a href="http://www.lusoneonatalogia.com">www.lusoneonatalogia.com</a></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><u><b>Comissão Organizadora local</b></u></td> <td style="width: 50%;"><u><b>Comissão Científica</b></u></td> </tr> <tr> <td>Ana Dias</td> <td>Rosalina Barroso</td> </tr> <tr> <td>Ana Serrano</td> <td>José Luis Nunes</td> </tr> <tr> <td>António Galrito</td> <td>Cristina Matos</td> </tr> <tr> <td>Dora Fontes</td> <td>Carmen Carvalho</td> </tr> <tr> <td>Fernando Almeida</td> <td>Helder Ornelas</td> </tr> <tr> <td>Helder Ornelas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Isabel Nabais</td> <td></td> </tr> <tr> <td>José Matono</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Laura Barroso</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Maria José Mendes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sónia Antunes</td> <td></td> </tr> </table> <p><u><b>Organização</b></u><br/>Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria</p> | <u><b>Comissão Organizadora local</b></u> | <u><b>Comissão Científica</b></u> | Ana Dias | Rosalina Barroso | Ana Serrano | José Luis Nunes | António Galrito | Cristina Matos | Dora Fontes | Carmen Carvalho | Fernando Almeida | Helder Ornelas | Helder Ornelas |  | Isabel Nabais |  | José Matono |  | Laura Barroso |  | Maria José Mendes |  | Sónia Antunes |  |
| <u><b>Comissão Organizadora local</b></u>   | <u><b>Comissão Científica</b></u>  |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |
| Ana Dias  | Rosalina Barroso   |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |
| Ana Serrano   | José Luis Nunes  |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |
| António Galrito   | Cristina Matos   |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |
| Dora Fontes   | Carmen Carvalho  |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |
| Fernando Almeida  | Helder Ornelas   |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |
| Helder Ornelas  |  |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |
| Isabel Nabais   |  |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |
| José Matono   |  |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |
| Laura Barroso   |  |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |
| Maria José Mendes   |  |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |
| Sónia Antunes   |  |   |   |                                   |          |                  |             |                 |                 |                |             |                 |                  |                |                |  |               |  |             |  |               |  |                   |  |               |  |



## Anexo 4- II Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa- Programa

Apesar dos enormes progressos observados nas últimas décadas, a prematuridade é responsável por cerca de 70% da mortalidade neonatal, sendo os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas e/ou peso inferior a 1500 g. os que apresentam também maior risco de morbilidade etiológicamente associada. A intervenção da equipa de Saúde multidisciplinar é fundamental também neste domínio da prevenção, controlo da morbilidade e promoção do seu potencial de desenvolvimento.

Os cuidados de Enfermagem ao prematuro, têm como finalidade, entre outras, a promoção do bem-estar e a prevenção de complicações. O enfermeiro/a como principal cuidador é o profissional que se encontra permanentemente junto da criança e da família, deve conhecer os princípios científicos e desenvolver práticas de cuidados promotoras de desenvolvimento, visando a autonomia e satisfação global das suas necessidades.

### Organização:

Hospital de São Francisco Xavier, CHLO  
Hospital de Santa Maria, CHLN  
Hospital Dona Estefânia, Maternidade Alfredo da Costa, CHLC  
Hospital Garcia de Orta  
Hospital Fernando Fonseca  
Hospital de Cascais, Dr. José d'Almeida  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

### Patrocínios



### 13 de Novembro de 2015

8h00 | Abertura do Secretariado  
Acolhimento aos participantes

8h30 | Mesa - **BEM-ESTAR E AUTOCUIDADO**

MODERADOR: Raquel Gomes

DINAMIZADORES: Marisa Santa Bárbara e Dina Oliveira

**Produção de Leite em Mães Prematuras: definição de Hipogaláctea** |

Constança Gouveia Pinto (CHLO - HSF)

**Massagem do bebé – Capacitação dos Pais** | Júlia Cunha (CHLC - HDE)

**Promoção da Amamentação do Recém-Nascido Prematuro – Estudo retrospectivo** | Nádia Caldeira (HGO)

**Estimulação oral** | Nisa Souto (H. Dr. Nélcio Mendonça, Funchal)

10h00 | **SESSÃO DE ABERTURA**

10h30 | Pausa

11h00 | Mesa – **PROMOÇÃO DA SAÚDE**

MODERADOR: Sónia Martins Candeias

DINAMIZADORES: Graça Moraes Rocha e Rita Pereira

**Alimentação Oral positiva: a intervenção de Enfermagem na capacitação**

**Parental** | Ana Margarida Macedo (CHLO - HSF)

**Grupo de Apoio de Pais para Pais** | (CHLN - HSM)

**Promoção da Parentalidade – Parceria de Cuidados** | Grupo de Trabalho (HGO)

12h30 | Pausa para almoço

14h00 | Mesa – **PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES**

MODERADOR: Manuel Cunha

DINAMIZADORES: Teresa Magão e Joana Teixeira

**Escala de avaliação do risco de lesões da pele em Neonatos – apresentação dos resultados da validação nacional** | Cláudia Olho Azul Martins (Hospital de Cascais, Dr. José d'Almeida)

**Estratégias para prevenção da Hemorragia Intraperiventricular no Recém-Nascido de Muito Baixo Peso** | Carina Araújo/Purificação Moita (CHLC - MAC)

**A queda do Recém-Nascido em ambiente hospitalar – da prevenção à actuação pós-queda** | Ana Rita Parente (Hospital Cascais, Dr. José d'Almeida)

**Cuidar do Recém-Nascido em Hipotermia Induzida** | Grupo de Trabalho (CHLN-HSM e CHLC-MAC)



## II Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa

Cuidar para o Desenvolvimento  
Qualidade e Segurança

## PROGRAMA

BEM-ESTAR E  
AUTOCUIDADO  
  
PROMOÇÃO DA  
SAÚDE



PREVENÇÃO DE  
COMPLICAÇÕES  
  
READAPTAÇÃO  
FUNCIONAL



ORGANIZAÇÃO  
DOS CUIDADOS  
E SATISFAÇÃO  
DO CLIENTE



13 e 14 de Novembro de 2015

Auditório da ESEL - Polo Calouste Gulbenkian  
Lisboa

[www.encontroenfeonatalogia.pt](http://www.encontroenfeonatalogia.pt)

### 14 de Novembro de 2015

8h00 | Apresentação e discussão dos pósteres

9h00 | Mesa – **READAPTAÇÃO FUNCIONAL**

MODERADOR: Isabel Malheiro

DINAMIZADORES: Zaida Charepe e Salomé Grilo Garcia

**Nascer e viver com uma doença renal: a transição para o Domicílio e a integração no Ambiente Escolar** | Carla Robalo (CHLN - HSM/UMAD)

**Cuidados de Saúde Primários – O apoio na Comunidade** | Aida Lopes (Unidade de Cuidados Personalizados de Saúde do Lumiar)

**A intervenção precoce na infância: as equipas locais de intervenção – ELIs** | Bárbara Meneses (DGS)

10h30 | Pausa

11h00 | Conferência – “Sobreviver” – Pilot Project: the Tasle of 3 NICU’s Journey to Change | Mary Coughlin

11h30 | Mesa – **ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS E SATISFAÇÃO DO CLIENTE**

MODERADOR: Palmira Silva

DINAMIZADORES: João Paulo Nunes e Manuela Amaral

**Dotações Seguras em Neonatologia** | José Nelas (OE - MCEESIP)

**O Catálogo CIPE** | Carla Cabete (CHLC - HDE)

**Satisfação do Utente** | Mónica Sousa (HFF)

13h00 | Entrega de prémios dos pósteres

Encerramento



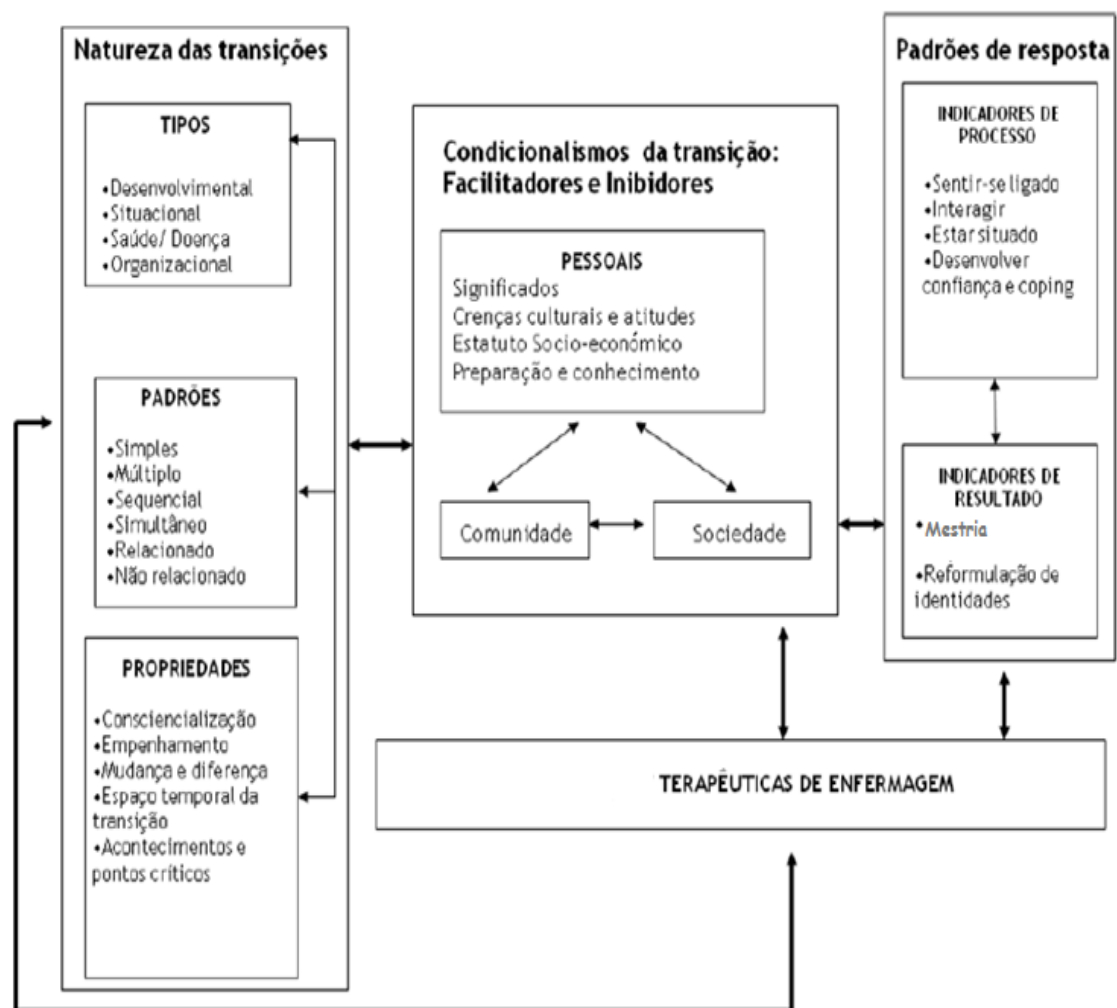
**Apêndice 1 - Benefícios do MC segundo a idade gestacional segundo cada autor/investigador**

| <b>Benefício</b>                                  | <b>Idade Gestacional</b> | <b>Autor</b>  |
|---|--------------------------|---|
| Melhor estabilidade fisiológica                   | Pré-termo                | Cong et al<br>Mori et al                              |
| Melhor sincronia biológica                        | Pré-termo                | Ludington-Hoe et al                                   |
| ↑ RN a iniciar aleitamento materno exclusivo      | Pré e de termo           | Conde-Agudelo et al<br>Moore et al                    |
| Melhor qualidade de sono                          | Pré-termo                | Ludington-Hoe et al                                   |
| Melhor aumento ponderal                           | Pré-termo                | Conde-Agudelo et al                                   |
| Melhor controlo temperatura corporal              | Pré-termo e de termo     | Conde-Agudelo et al<br>Moore et al                    |
| Melhor ligação mãe/pai-bebé                       | Pré e de termo           | Conde-Agudelo et al<br>Gordon et al                   |
| Diminuição do stresse (mãe e bebé)                | Pré e de termo           | Colados-Gomez et al<br>Nolan et al<br>Takahashi et al |
| Diminuição percepção da dor                       | Pré e de termo           | Chermont et al<br>Cong et al                          |
| Diminuição choro e cólicas                        | Pré e de termo           | Moore et al<br>Okan et al                             |
| Diminuição da probabilidade de infeção nasocomial | Pré e de termo           | Conde-Agudelo et al<br>WHO                            |
| Diminuição tempo internamento                     | Pré e de termo           | Conde-Agudelo et al                                   |
| Diminuição mortalidade neonatal                   | Pré e de termo           | Conde-Agudelo et al<br>Lawn et al                     |

Adaptado de: Ludington-Hoe M, S. (2011). Thirty years of kangaroo care science and practice. *Neonatal Network*, 30(5), 357–362. DOI:10.1891/0730-0832.30.5.357



## Apêndice 2 – Modelo teórico de Afaf Meleis

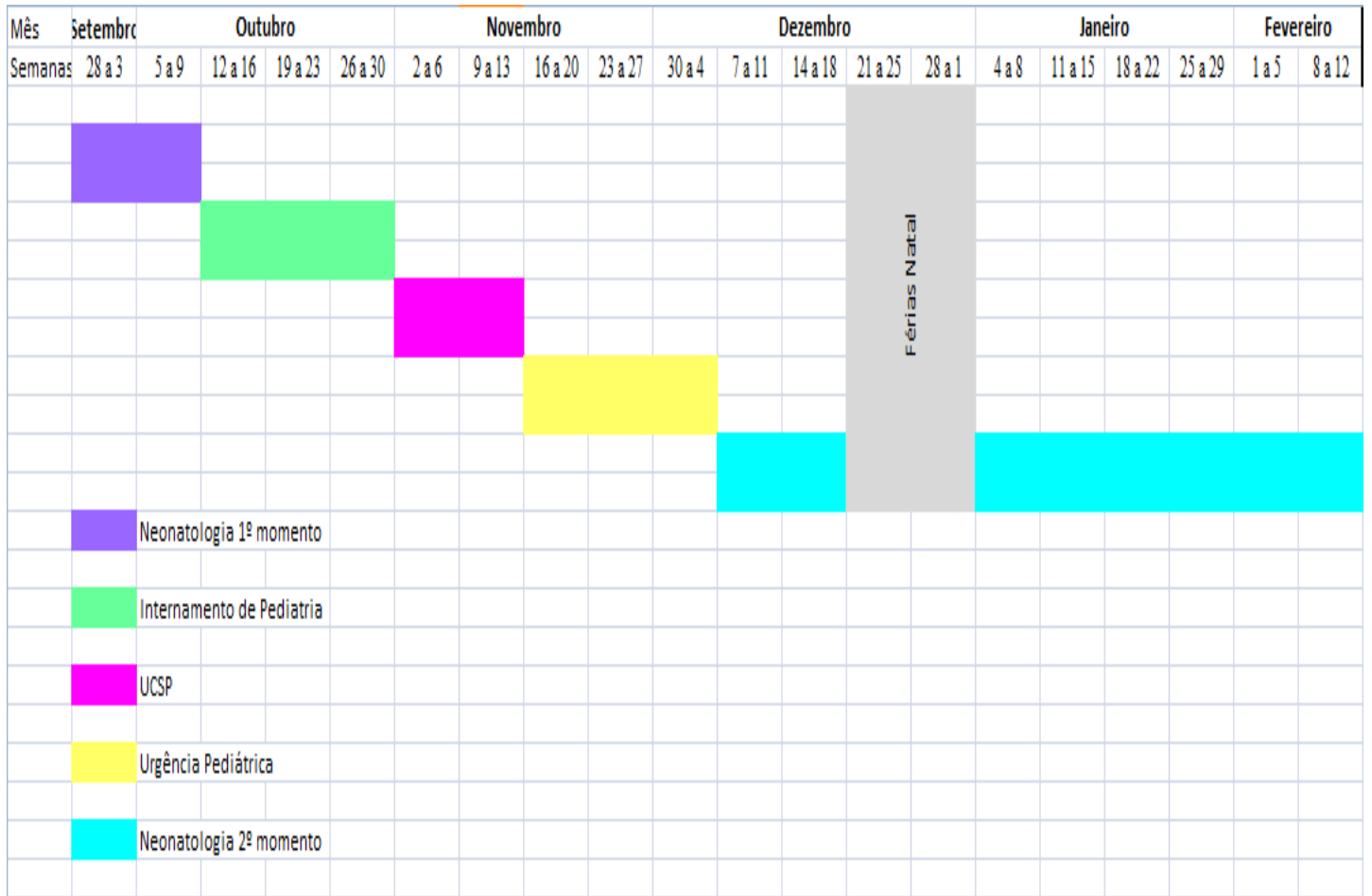


Adaptado de: Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company.





### Apêndice 3-Cronograma de estágio





#### 4- Plano de Trabalho

| <b>Objetivo Geral 1:</b> Desenvolver competências de EE SCJ na promoção do desenvolvimento saudável da criança a viver as experiências de transição associadas às fases do seu ciclo de vida e às suas situações de saúde e doença  |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>1º Objetivo Específico:</b> Compreender as experiências transicionais da criança e família numa situação de saúde/doença   |   |  |  |
| Atividades  | Contexto  | Indicadores  | Recursos   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica: Modelo conceptual de Afaf Meleis; experiência transicional da criança/família em situação de saúde/doença</li> <li>- Construção de guião de observação de crianças e famílias a viverem experiências de transição</li> <li>- Observação de crianças e famílias a viverem experiências de transição</li> <li>- Análise dos fatores facilitadores/inibidores (pessoais, da sociedade, da comunidade) das experiências de transição da criança e família</li> <li>- Análise dos padrões de resposta (indicadores de processo e resultado) da criança e família às experiências de transição</li> <li>- Formulação dos diagnósticos de enfermagem presentes nas experiências de transição vividas pela criança e família</li> <li>- Redação de documento síntese com as aprendizagens realizadas, perspetivando a sua utilização.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- UCSP</li> <li>- Internamento de Pediatria</li> <li>- Urgência Pediátrica</li> <li>- UCIN (1º momento estágio)</li> <li>- UCIN (2º momento de estágio)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guião de observação de crianças e famílias a viverem experiências de transição</li> <li>- Documento síntese das aprendizagens em cada campo de estágio</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material Bibliográfico</li> <li>- Políticas/Normas/Protocolos dos contextos de estágio</li> <li>- EE em ESIP</li> <li>- Equipa multidisciplinar dos vários contextos de estágio</li> <li>- Processos clínicos das crianças/família</li> </ul> |

**2º Objetivo Específico:** Analisar as práticas relativas a processos de cuidados e a terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências transicionais saudáveis

| Atividades  | Contexto  | Indicadores   | Recursos   |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica: Modelo conceptual de Afaf Meleis; Terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências transicionais saudáveis</li> <li>- Construção de guião de observação de terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências transicionais saudáveis utilizadas pela equipa de enfermagem</li> <li>- Observação das terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências transicionais saudáveis utilizadas pela equipa de enfermagem</li> <li>- Reflexão sobre as observações e práticas realizadas</li> <li>- Redação de documento síntese com as aprendizagens realizadas, perspetivando a sua utilização.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- UCSP</li> <li>- Internamento de Pediatria</li> <li>- Urgência Pediátrica</li> <li>- UCIN (1º momento estágio)</li> <li>- UCIN (2º momento de estágio)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Guião de observação de terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências transicionais saudáveis utilizadas pela equipa de enfermagem</li> <li>- Documento síntese das aprendizagens em cada campo de estágio</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material Bibliográfico</li> <li>- Políticas/Normas/Protocolos dos contextos de estágio</li> <li>- EE em ESIP</li> <li>- Equipa multidisciplinar dos vários contextos de estágio</li> <li>- Processos clínicos das crianças/família</li> </ul> |

| <b>3º Objetivo Específico:</b> Compreender a influência dos Cuidados para o Desenvolvimento nas transições relativas ao crescimento e desenvolvimento infantis  |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>Atividades</b>   | <b>Contexto</b>   | <b>Indicadores</b>  | <b>Recursos</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica: Cuidados para o Desenvolvimento e crescimento e desenvolvimento infantil</li> <li>- Observação/Interação com crianças saudáveis em diferentes etapas do seu desenvolvimento</li> <li>- Observação/Interação com crianças com problemas no seu desenvolvimento</li> <li>- Acompanhamento de equipa de enfermagem, identificando terapêuticas de enfermagem promotoras de um crescimento e desenvolvimento infantil saudável</li> <li>- Mobilização da escala de <i>Mary Sheridan</i> modificada</li> <li>- Acompanhamento de equipa de enfermagem, identificando práticas de Cuidados para o Desenvolvimento.</li> <li>- Reflexão sobre as observações/interações</li> <li>- Redação de documento síntese com as aprendizagens realizadas, perspetivando a sua utilização.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- UCSP</li> <li>- Internamento de Pediatria</li> <li>- Urgência Pediátrica</li> <li>- UCIN (1º momento estágio)</li> <li>- UCIN (2º momento de estágio)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento síntese das aprendizagens em cada campo de estágio – jornal de aprendizagem</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material Bibliográfico</li> <li>-Políticas/Normas/Protocolos dos contextos de estágio</li> <li>- EE em ESIP</li> <li>- Equipa multidisciplinar dos vários contextos de estágio</li> <li>- Instrumentos de avaliação de crescimento e desenvolvimento infantis</li> <li>- Processos clínicos das crianças/família</li> </ul> |

| <b>4º Objetivo Específico:</b> Desenvolver processos de cuidados mobilizadores de terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências de transição saudáveis  |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>Atividades</b>   | <b>Contexto</b>   | <b>Indicadores</b>   | <b>Recursos</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de processos de cuidados mobilizadores de terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências de transição saudáveis</li> <li>- Participação (a partir dos diagnósticos de enfermagem formulados) no planejamento e realização de terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências transicionais saudáveis</li> <li>- Participação em congressos e jornadas sobre pediatria e saúde infantil</li> <li>- Elaboração e apresentação de <i>poster</i> sobre o MC como terapêutica de enfermagem facilitadora da experiência transicional da criança e família na UCIN</li> <li>- Redação de documento síntese com as aprendizagens realizadas, perspectivando a sua utilização.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- UCSP</li> <li>- Internamento de Pediatria</li> <li>- Urgência Pediátrica</li> <li>- UCIN (1º momento estágio)</li> <li>- UCIN (2º momento de estágio)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Documento síntese das aprendizagens em cada campo de estágio</li> <li>- Programa (s) congressos</li> <li>- <i>Poster</i> elaborado e apresentado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material Bibliográfico</li> <li>- Políticas/Normas/Protocolos dos contextos de estágio</li> <li>- EE em ESIP e equipa de enfermagem</li> <li>- Equipa multidisciplinar dos vários contextos de estágio</li> <li>- Instrumentos de avaliação de crescimento e desenvolvimento infantis</li> <li>- Processos clínicos das crianças/família</li> </ul> |

| <b>2º Objetivo Geral:</b> Elaborar um programa que promova a consolidação da prática do Método Canguru como terapêutica de enfermagem facilitadora da experiência transicional da criança e família na UCIN   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>1º Objetivo Específico:</b> Analisar as práticas de realização do MC, enquanto terapêutica de enfermagem, cuidado para o desenvolvimento do RN e cuidado centrado na família   |   |   |   |
| <b>Atividades</b>   | <b>Contexto</b>   | <b>Indicadores</b>  | <b>Recursos</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pesquisa bibliográfica: MC; Modelo conceptual de Afaf Meleis; Cuidados para o Desenvolvimento; Cuidados Centrados na Família</li> <li>-Realização de entrevista a Sra. Enf.<sup>a</sup> chefe da UCIN (1º momento estágio UCIN)</li> <li>- Acompanhamento de EE em ESIP</li> <li>- Observação, análise e acompanhamento de práticas de Cuidados para o Desenvolvimento</li> <li>- Observação da prática do MC na criança e família em processo de transição</li> <li>- Redação de documento síntese com as aprendizagens realizadas, perspetivando a sua utilização.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- UCIN (1º momento estágio)</li> <li>- UCIN (2º momento de estágio)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista à Sra. Enf.<sup>a</sup> chefe UCIN</li> <li>- Documento síntese das aprendizagens em cada campo de estágio</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material Bibliográfico</li> <li>- Políticas/Normas/Protocolos dos contextos de estágio</li> <li>- EE em ESIP</li> <li>- Equipa multidisciplinar dos vários contextos de estágio</li> <li>- Guião de entrevista</li> <li>- Processos clínicos das crianças/família</li> </ul> |



**2º Objetivo Específico:** Liderar o processo de consolidação da prática do MC enquanto terapêutica de enfermagem, otimizando os contributos da equipa multiprofissional, garantindo a segurança e a qualidade na sua implementação

| Atividades   | Contexto  | Indicadores   | Recursos  |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de revisão crítica da literatura sobre: guidelines para o MC, normas existentes em UCINs</li> <li>- Consulta de normas institucionais na UCIN (1º momento de estágio), sobre a realização do MC</li> </ul> <p><b>2º momento de estágio UCIN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do projeto na UCIN</li> <li>- Constituição de um grupo dinamizador do MC na UCIN com 5 enfermeiros (1 de cada equipa)</li> <li>- Revisão do procedimento do MC existente em conjunto com grupo dinamizador do MC</li> <li>- Validação do procedimento junto da enfermeira chefe da UCIN</li> <li>- Validação do procedimento junto de neonatologista nomeado pela equipa médica</li> <li>- Validação pela equipa de acreditação de normas institucionais</li> <li>- Apresentação do procedimento á equipa multidisciplinar da UCIN do HXX em sessão de formação sobre o MC</li> <li>- Registo das atividades e reflexão</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- UCIN (1º momento estágio)</li> <li>- UCIN (2º momento de estágio)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo dinamizador do MC</li> <li>- Norma da UCIN sobre a realização do MC</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material Bibliográfico</li> <li>- EE em ESIP</li> <li>- Equipa multidisciplinar dos vários contextos de estágio</li> <li>- Normas institucionais sobre a realização do MC</li> </ul> |

| <b>3º Objetivo Específico:</b> Capacitar a equipa de enfermagem para a consolidação do Método Canguru na sua prática  |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>Atividades</b>   | <b>Contexto</b>   | <b>Indicadores</b>   | <b>Recursos</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa Bibliográfica sobre: implementação de normas/projetos sobre MC nas UCINs; diagnósticos de necessidades da equipa de enfermagem sobre MC em UCINs</li> <li>- Sessão de trabalho teórico-prática sobre MC com a equipa de enfermagem na UCIN do Hxx que englobe:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidência sobre o MC</li> <li>- Benefícios do MC</li> <li>- Barreiras referidas pelos profissionais em UCINs semelhantes para a prática do MC</li> <li>- Apresentação do procedimento revisto</li> <li>- Sugestões a contemplar no procedimento</li> <li>- Técnicas de transferência</li> </ul> </li> <li>- Elaboração de <i>dossier</i> de serviço com artigos sobre o MC</li> <li>- Pesquisa Bibliográfica sobre o MC como medida não farmacológica de controlo de dor (MNFCD)</li> <li>- Sensibilização da equipa de enfermagem para a utilização do MC como MNFCD através da apresentação do projeto nos vários campos de estágio</li> <li>- Registo das atividades e reflexão</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- UCIN (1º momento estágio)</li> <li>- UCIN (2º momento de estágio)</li> <li>- UCSP</li> <li>- Internamento de Pediatria</li> <li>- Urgência Pediátrica</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessão de formação à equipa de enfermagem</li> <li>- Apresentação do projeto nos vários campos de estágio</li> <li>- Documento síntese das aprendizagens em cada campo de estágio – jornal de aprendizagem</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material Bibliográfico</li> <li>- EE em ESIP</li> <li>- Equipa multidisciplinar dos vários contextos de estágio</li> <li>- Grupo dinamizador da formação em serviço do Hxx</li> <li>- Material audiovisual</li> <li>- Manequins e material necessário para simular um RN em MC</li> </ul> |

| <b>4º Objetivo Específico:</b> Capacitar os pais para a realização do MC, facilitando o processo de vinculação e a transição para a parentalidade  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Atividades</b>  | <b>Contexto</b>  | <b>Indicadores</b>   | <b>Recursos</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa Bibliográfica sobre: percepção dos pais sobre a prática do MC</li> <li>- Inclusão no procedimento de estratégia de ensino aos pais</li> <li>- Elaboração de folheto informativo para os pais sobre o MC</li> <li>- Registo fotográfico da 1ª realização de MC e entrega da fotografia aos pais</li> <li>- Registo das atividades e reflexão</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- UCIN (2º momento de estágio)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estratégia de ensino aos pais incluída no procedimento do MC</li> <li>- Folheto sobre o MC</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Material Bibliográfico</li> <li>- EE em ESIP</li> <li>- Equipa multidisciplinar dos vários contextos de estágio</li> <li>- Grupo dinamizador da formação em serviço do Hxx</li> <li>- Material audiovisual</li> <li>- Manequins e material necessário para simular um RN em MC</li> </ul> |



## Apêndice 5- Guião de observação de experiências de transição

Guião de observação de experiências de transição

| Natureza da transição            | Condicionalismos da transição |                    | Padrões de resposta     |                          | Terapêuticas de Enfermagem |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
|                                  | Fatores facilitadores         | Fatores inibidores | Indicadores de Processo | Indicadores de Resultado |                            |
| Tipos<br>Padrões<br>Propriedades |                               |                    |                         |                          |                            |
|                                  |                               |                    |                         |                          |                            |

Legenda:

|  |  |
|--|--|
|  | Tipos- desenvolvimento; situacional; saúde/doença  |
|  | Padrões-simples; múltiplo; simultâneo; sequencial; relacionado; não relacionado  |
|  | Propriedades-consciencialização; empenhamento; mudança e diferença; espaço temporal da transição; acontecimentos e pontos críticos |
|  | Pessoais-significados; crenças culturais e atitudes; estatuto socioeconómico; preparação e conhecimento                            |
|  | Comunidade- apoio familiar; rede de suporte; grupos de apoio   |
|  | Sociedade- serviços e profissionais de saúde; infraestruturas de apoio educativo e apoio económico                                 |
|  | Processo- sentir-se ligado; interagir; estar situado; desenvolver confiança e <i>coping</i>  |
|  | Resultado- mestria; reformulação de identidades  |
|  | Promoção; prevenção; intervenção   |



## Apêndice 6- Poster

Autoras: Cátia Lucas, Enf<sup>a</sup> e Ana Lúcia Brantes, Enf<sup>a</sup>



# O Método Canguru como Terapêutica de Enfermagem Facilitadora da Experiência Transicional da Criança e família na UCIN

### Introdução:

Segundo a WHO, 2012, o Método Canguru deve ser oferecido a todos os Recém-Nascidos Independentemente da idade gestacional, condições clínicas e tecnológicas.

**Metodologia:** Pesquisa bibliográfica em bases de dados (CINAHL e B-on)

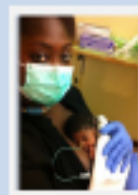
### Objectivos:

- Fundamentar o MC como promotor do desenvolvimento infantil;
- Justificar o MC como facilitador da vinculação e da parentalidade na UCIN;
- Identificar o MC como terapêutica de enfermagem facilitadora da experiência transicional da criança e família na UCIN;



### Resultados:

#### Benefícios do Método Canguru



### Recém-Nascido Prematuro:

- Melhoria da estabilidade fisiológica
- Início mais precoce da amamentação
- Melhoria na qualidade de sono
- Aumento ponderal
- Fortalecimento relação pais/bebé
- Diminuição percepção da dor
- Diminuição da probabilidade de infecção
- Alta precoce
- Diminuição da mortalidade neonatal

### Pais:

- Contacto precoce com o bebé
- Fortalecimento da vinculação
- Ajuda na vivência da parentalidade
- Papel activo na parceria de cuidados
- Participação no consolo/conforto ao bebé
- Melhor conhecimento das características do seu bebé
- Maior sucesso na amamentação

### Conclusões:

#### Focos de Enfermagem emergentes na UCIN:

- Desenvolvimento Infantil
- Parentalidade
- Vinculação
- Dor



- Desenvolvimento Infantil Saudável
- Aprendizagem da Parentalidade
- Experiência de Vinculação segura
- Ajuda no confronto com situações de dor





## Apêndice 7- Índice *dossier* Método Canguru

- 1- Cockcroft, S. (2012). How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *Journal of Neonatal Nursing*, 18(3), 105–110.
- 2- Eichel, P. (2001). Kangaroo care: Expanding our practice to critically ill neonates. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 1(4), 224–228.
- 3- Henning, M., Gomes, M., Morsch, D. (2010). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. 835, 835–852.
- 4- Johnston, C. C., Filion, F. Campbell-Yeo, M. Goulet, C. Bell, L. McNaughton, K. Walker, C.-D. (2008). Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. *BMC Pediatrics*, 8, 13.
- 5- Ludington-Hoe, S. M. (2003). Safe Criteria and Procedure for Kangaroo Care With Intubated Preterm Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(5), 579–588.
- 6- Ludington-Hoe M, S. (2011). Thirty years of kangaroo care science and practice. *Neonatal Network*, 30(5), 357–362. DOI:10.1891/0730-0832.30.5.357
- 7- Ludington-Hoe M., S. (2013). Kangaroo Care as a Neonatal Therapy. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(2), 73–75.
- 8- Stikes, R., & Barbier, D. (2013). Applying the plan-do-study-act model to increase the use of kangaroo care. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 70–8.
- 9- Engmann, C., Wall, S., Darmstadt, G., Valsangkar, B., & Claeson, M. (2013). Consensus on kangaroo mother care acceleration. *Lancet*, 382(9907), e26–7.
- 10- Arivabene, J. C., Antonieta, M., & Tyrrell, R. (2010). Kangaroo Mother Method : Mothers ' Experiences and Contributions to Nursing, 18(2), 262–269.
- 11- Strand, H., Blomqvist, Y. T., Gradin, M., & Nyqvist, K. H. (2014). Kangaroo mother care in the neonatal intensive care unit: staff attitudes and beliefs and opportunities for parents. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 103(4), 373–8.
- 12- Kymre, I. G. (2014). NICU nurses ' ambivalent attitudes in skin-to-skin care practice, 1(8049), 1–9.
- 13- Rodgers, C. (2013). Why Kangaroo Mother Care Should Be Standard for All Newborns. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(3), 249–252.
- 14- Peláez, J. G., Sizun, J., & Wiström, A. (2010). State of the art and recommendations . Kangaroo mother care: application in a high- tech environment, 18(3), 21–29.
- 15- Mitchell, A. J., Yates, C., Williams, K., & Hall, R. W. (2013). Effects of daily kangaroo care on cardiorespiratory parameters in preterm infants. *Journal Of Neonatal-Perinatal Medicine*, 6(3), 243–249.
- 16- Eschiti, V. S. (2009). Research abstracts. The Kangaroo method is safe for premature infants under 30 weeks of gestation during ventilation support. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 28(2), 84.



## Apêndice 8- Procedimento revisto sobre o Método canguru

### Objetivos

Consolidar a prática do Método Canguru na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais

### Âmbito

Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos

### Definições e Siglas

**Método Canguru (MC)** - colocação do recém-nascido (RN), apenas com a fralda, em decúbito ventral no peito dos pais em contacto pele-a-pele. <sup>[2,5,7,12,13]</sup>

O MC foi apresentado pela primeira vez por Rey e Martinez em 1979, em Bogotá, na Colômbia, onde foi desenvolvido como uma alternativa à inexistência de incubadoras suficientes e ao elevado número de infeções nosocomiais. <sup>[12,13]</sup>

A World Health Organization (WHO) <sup>[13]</sup>, no seu relatório “born too soon”, refere que o MC deve ser oferecido a todos os RN, independentemente da idade gestacional (IG) e condições clínicas, em qualquer ambiente, mesmo onde a tecnologia é avançada e estão disponíveis os melhores cuidados de saúde, dado esta mesma prática dispor de benefícios comprovados na evidência a nível, não só da mortalidade infantil, mas também em focos tão importantes como o desenvolvimento infantil, a amamentação e a vinculação. <sup>[12]</sup>

O MC constitui por si só um cuidado para o desenvolvimento e um exemplo de cuidados centrados na família. É simples, económico e está ao dispor da maioria da população neonatal durante o internamento, podendo e devendo ser mantido após a alta para outro serviço de internamento ou domicílio. <sup>[1,3,8,10]</sup>

### Benefícios para o recém-nascido (RN) <sup>[7] e [13]</sup>

- ✓ Melhoria da estabilidade fisiológica
- ✓ Início mais precoce da amamentação
- ✓ Melhoria na qualidade de sono
- ✓ Aumento ponderal
- ✓ Fortalecimento relação pais/bebé
- ✓ Diminuição da percepção de dor
- ✓ Diminuição do risco de infeção
- ✓ Alta precoce
- ✓ Diminuição da mortalidade neonatal

| Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/> |                          | Aprovado    |                        | Próxima Revisão | Página   |
|--|--------------------------|-------------|------------------------|-----------------|----------|
| /2016  | Cátia Lucas / Enfermeiro | dd/mm /aaaa | Enf <sup>a</sup> Chefe | /               | 32 de 45 |
|  |                          |             |                        |                 |          |

|  |  |   |   |            |               |
|--|--|---|---|------------|---------------|
|  | <b>Tipo de Documento:</b><br>Política – PO <input type="checkbox"/><br>Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/><br>Protocolo – PT <input type="checkbox"/><br>Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/> | <b>Aplicação:</b><br>Transversal <input type="checkbox"/><br>Departamental <input type="checkbox"/><br>Específico <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Referência do Documento</b><br><br>(Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor) |            |               |
|  | <b>Título:</b>   |   | <b>Código Emissor</b>   | <b>N.º</b> | <b>Versão</b> |
|  | <b>Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais</b>   |   | ABCDE   | 0000       | 00            |

### Benefícios para os pais <sup>[10]</sup> e <sup>[13]</sup>

- ✓ Contacto precoce com o bebé
- ✓ Fortalecimento da vinculação
- ✓ Ajuda na vivência da parentalidade
- ✓ Papel ativo na parceria de cuidados
- ✓ Participação no consolo/conforto ao bebé
- ✓ Melhor conhecimento das características do seu bebé
- ✓ Maior sucesso na amamentação

**IC** – Idade corrigida

**IG** – Idade gestacional

**MC** – Método Canguru

**RN** – Recém-nascido

**TET** – Tubo endotraqueal

**UCIEN** – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais

**UCIENP** – Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos

**WHO** – World Health Organization

### Descrição

#### 4.1 Critérios de inclusão <sup>[5]</sup> e <sup>[6]</sup>

Todos os RN estão aptos à realização do Método Canguru desde que:

| Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/> |                          | Aprovado    |            | Próxima Revisão | Página   |
|--|--------------------------|-------------|------------|-----------------|----------|
| /2016  | Cátia Lucas / Enfermeiro | dd/mm /aaaa | Enfª Chefe | /               | 33 de 45 |
|  |                          |             |            |                 |          |

|  |  |   |   |            |               |
|--|--|---|---|------------|---------------|
|  | <b>Tipo de Documento:</b><br>Política – PO <input type="checkbox"/><br>Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/><br>Protocolo – PT <input type="checkbox"/><br>Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/> | <b>Aplicação:</b><br>Transversal <input type="checkbox"/><br>Departamental <input type="checkbox"/><br>Específico <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Referência do Documento</b><br><br>(Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor) |            |               |
|  | <b>Título:</b>   |   | <b>Código Emissor</b>   | <b>N.º</b> | <b>Versão</b> |
|  | <b>Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais</b>   |   | ABCDE   | 0000       | 00            |

- ✓ peso > 600g
- ✓ estabilidade clínica nas últimas 24h(sem ventilação invasiva ou ventilado invasivamente em modo convencional há mais de 24h);
- ✓ <sup>a</sup> 3 a 6 horas após extubação;
- ✓ os pais estejam informados e desejem realizar o método;
- ✓ não apresentem qualquer critério de exclusão.

#### 4.2 Critérios de exclusão <sup>[5]</sup> e <sup>[6]</sup>

- ✓ RN com menos de 72h vida (em protocolo de prevenção da HIPV);
- ✓ Frequência cardíaca <100 bpm (períodos frequentes e mantidos), excepto RN com antecedentes de asfixia;
- ✓ Frequência respiratória <30 cpm (períodos frequentes e mantidos);
- ✓ Saturação de oxigénio <85 % (períodos frequentes e mantidos), exceto RN com cardiopatia cianótica;
- ✓ Pressão arterial alterada ou com terapêutica vasopressora;
- ✓ Ventilação de alta frequência e/ou terapêutica com óxido nítrico;
- ✓ Cateteres umbilicais, femorais, drenos torácicos, drenos vesicais;
- ✓ Durante a perfusão de hemoderivados;
- ✓ RN em isolamento respiratório;
- ✓ RN com terapêutica sedativa.
- ✓ Pais com:
  - Lesões / infeções cutâneas
  - Infeções respiratórias ou gastrointestinais
  - Recusem realizar o método

#### 4.3 Critérios para interromper o Método Canguru <sup>[5]</sup> e <sup>[6]</sup>

- ✓ Necessário aumentar FiO<sub>2</sub> 10 a 20% durante procedimento;
- ✓ RN demonstrar sinais de stress, tais como apneia/bradicardias, alterações da coloração da pele;
- ✓ Hipotermia;
- ✓ RN agitado/ desconfortável;
- ✓ Pais desconfortáveis.

|   |                             |                 |                        |                                 |                  |
|---|-----------------------------|-----------------|------------------------|---------------------------------|------------------|
| <b>Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/></b> |                             | <b>Aprovado</b> |                        | <b>Pr<br/>óxima<br/>Revisão</b> | <b>Pá<br/>g.</b> |
| /<br>/2016  | Cátia Lucas /<br>Enfermeiro | dd/mm<br>/aaaa  | Enf <sup>a</sup> Chefe | /                               | 34<br>de 45      |
|   |                             |                 |                        |                                 |                  |

|  |  |   |   |            |               |
|--|--|---|---|------------|---------------|
|  | <b>Tipo de Documento:</b><br>Política – PO <input type="checkbox"/><br>Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/><br>Protocolo – PT <input type="checkbox"/><br>Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/> | <b>Aplicação:</b><br>Transversal <input type="checkbox"/><br>Departamental <input type="checkbox"/><br>Específico <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Referência do Documento</b><br><br>(Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor) |            |               |
|  | <b>Título:</b>   |   | <b>Código Emissor</b>   | <b>N.º</b> | <b>Versão</b> |
|  | <b>Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais</b>   |   | ABCDE   | 0000       | 00            |

#### 4.4 Antes da transferência do RN:

- ✓ Os pais devem ter informação sobre o método canguru, quer através de sessões de formação quer através de apresentação e entrega do folheto informativo sobre o método canguru;
- ✓ Validar com os pais a sua vontade em iniciar a técnica, promovendo a individualização dos cuidados;
- ✓ Programar o MC de acordo com procedimentos a realizar ao RN e a outros RN's da sala (colocação de catéteres, raio-x, etc.);
- ✓ Providenciar um cadeirão aos pais, promovendo o conforto;
- ✓ Aconselhar os pais a não usar perfumes ou cremes com cheiro forte e a retirar colares ou sutiã que possa magoar o RN;
- ✓ Providenciar uma bata aos pais, quando adequado, para assegurar a privacidade, ou caso não tenham vindo prevenidos com uma camisola suficientemente larga no peito;
- ✓ Diminuir as luzes, e promover um ambiente calmo e silencioso;
- ✓ Aconselhar previamente a ida ao wc e a ingestão de alimentos aos pais e a ter junto de si uma garrafa de água;
- ✓ Preparar o RN, despindo-o e deixando-o só com a fralda e gorro se necessário, para promover o contacto pele a pele;
- ✓ Reforçar adesivos de cateteres e /ou dispositivos de ventilação;
- ✓ Avaliar os sinais vitais;
- ✓ Reunir todo o material necessário e verificar o acesso a material de urgência (aspirador de secreções, insuflador manual, estetoscópio e ventilador), assim como assegurar que todos os cabos, fios e traqueias têm margem suficiente para chegar ao cadeirão;
- ✓ Sugerir aos pais a leitura de um livro ou história ao RN, ou a colocação de uma música agradável – de preferência alguma ouvida durante a gravidez.

#### 4.5 Durante a transferência do RN da incubadora para a posição de Canguru

##### 4.5.1 RN ventilado invasivamente:

##### Transferência para posição de pé

- ✓ Ter 2 ou 3 enfermeiros disponíveis para ajudar a mãe na transferência;
- ✓ A mãe fica de pé ao lado da incubadora enquanto 1 enfermeiro coloca todos os fios, linhas e conexões de um dos lados do RN e será o responsável por segurar todos os fios na transferência;

|  |                             |                 |            |                        |               |
|--|-----------------------------|-----------------|------------|------------------------|---------------|
| <b>Elaborado</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Revisto</b> <input type="checkbox"/> |                             | <b>Aprovado</b> |            | <b>Próxima Revisão</b> | <b>Página</b> |
| /<br>/2016   | Cátia Lucas /<br>Enfermeiro | dd/mm<br>/aaaa  | Enfª Chefe | /                      | 35<br>de 45   |
|  |                             |                 |            |                        |               |

|  |  |   |   |            |               |
|--|--|---|---|------------|---------------|
|  | <b>Tipo de Documento:</b><br>Política – PO <input type="checkbox"/><br>Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/><br>Protocolo – PT <input type="checkbox"/><br>Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/> | <b>Aplicação:</b><br>Transversal <input type="checkbox"/><br>Departamental <input type="checkbox"/><br>Específico <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Referência do Documento</b><br><br>(Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor) |            |               |
|  | <b>Título:</b>   |   | <b>Código Emissor</b>   | <b>N.º</b> | <b>Versão</b> |
|  | <b>Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais</b>   |   | ABCDE   | 0000       | 00            |

- ✓ Um segundo enfermeiro será responsável pela transferência e pelo transporte da traqueia do ventilador;
- ✓ Desconectar a traqueia do TET e acompanhar a mãe, segurando o TET do RN junto à comissura labial, enquanto ela, estando de pé e virada de frente para o RN, o coloca no seu peito num único movimento;
- ✓ Reconectar as traqueias ao TET do RN e segurar a traqueia e o TET enquanto outro enfermeiro cobre as costas do RN com uma flanela junto ao peito da mãe;
- ✓ Verificar a estabilidade dos sinais vitais do RN;
- ✓ Desconectar as traqueias do TET e ajudar a mãe a sentar-se no cadeirão que está atrás de si, segurando o RN no peito;
- ✓ Reconectar a traqueias no TET e fixá-las com adesivo ou deixá-las descair sobre o ombro da mãe;

#### Transferência para a posição sentada

- ✓ Ter 2 enfermeiros disponíveis para colocar o RN na posição de canguru;
- ✓ A mãe senta-se no cadeirão ao lado da incubadora pronta para receber o RN no seu peito;
- ✓ O enfermeiro coloca todos os fios, linhas e conexões de um dos lados do RN;
- ✓ O enfermeiro desconecta as traqueias do TET e num movimento seguro coloca o RN diretamente no peito da mãe, enquanto o segundo enfermeiro segura todos os fios e as traqueias durante o movimento;
- ✓ O enfermeiro conecta as traqueias no TET e fixa-as com adesivo ou deixa-as descair sobre o ombro da mãe;

#### **4.5.2 RN não ventilado invasivamente:**

#### Transferência para a posição de pé

- ✓ Ter um enfermeiro disponível para ajudar na transferência;
- ✓ Colocar todos os fios, linhas e conexões de um dos lados do RN;
- ✓ A mãe coloca-se de pé, ao lado da incubadora, de frente para o RN e coloca-o no seu peito num único movimento;
- ✓ Colocar uma flanela sobre as costas do RN junto ao peito da mãe;
- ✓ Ajudar a mãe a sentar-se no cadeirão;

#### Transferência para posição sentada

- ✓ Ter um enfermeiro disponível para ajudar na transferência;

|   |                             |                 |            |                                 |                  |
|---|-----------------------------|-----------------|------------|---------------------------------|------------------|
| <b>Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/></b> |                             | <b>Aprovado</b> |            | <b>Pr<br/>óxima<br/>Revisão</b> | <b>Pá<br/>g.</b> |
| /2016   | Cátia Lucas /<br>Enfermeiro | dd/mm<br>/aaaa  | Enfª Chefe | /                               | 36<br>de 45      |
|   |                             |                 |            |                                 |                  |

|  |  |   |   |            |               |
|--|--|---|---|------------|---------------|
|  | <b>Tipo de Documento:</b><br>Política – PO <input type="checkbox"/><br>Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/><br>Protocolo – PT <input type="checkbox"/><br>Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/> | <b>Aplicação:</b><br>Transversal <input type="checkbox"/><br>Departamental <input type="checkbox"/><br>Específico <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Referência do Documento</b><br><br>(Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor) |            |               |
|  | <b>Título:</b>   |   | <b>Código Emissor</b>   | <b>N.º</b> | <b>Versão</b> |
|  | <b>Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais</b>   |   | ABCDE   | 0000       | 00            |

- ✓ Colocar todos os fios, linhas e conexões de um dos lados do RN;
- ✓ A mãe senta-se no cadeirão ao lado da incubadora pronta para receber o RN no seu peito;
- ✓ O enfermeiro coloca o RN num único movimento, e que poderá ser transportado no ninho, no peito da mãe;
- ✓ Colocar uma flanela sobre as costas do RN junto ao peito da mãe;

#### 4.6 Após a transferência do RN:

- ✓ Reclinar os pais no cadeirão confortavelmente, elevando os pés e verificar se os mesmos e o RN estão confortáveis;
- ✓ Verificar se o RN está posicionado numa posição fletida e se todos os fios e linhas estão corretamente colocados e a não magoar o RN ou os pais;
- ✓ O ouvido do RN deverá estar junto ao coração da mãe/pai, que poderão ter um espelho de bolso para conseguir ver a face do RN;
- ✓ Esperar cerca de 2 minutos para poder dar tempo à estabilização e adaptação do RN ao novo posicionamento para seguidamente avaliar os sinais-vitais do RN bem como a necessidade de aspiração de secreções em SOS;
- ✓ Fechar a porta da incubadora e programar a sua temperatura interior para os 33°C;
- ✓ Não interferir na privacidade, mas estando presente e focando a atenção dos pais no RN;
- ✓ Estar atento às dificuldades que possam surgir e possam afetar a confiança e segurança da família relativamente ao MC;
- ✓ Promover a realização do método canguru durante o tempo mínimo de 1h se o RN estiver estável;
- ✓ Registar em instrumento de registo de enfermagem de forma completa a realização da sessão do método canguru – duração prevista e realizada, quem realizou e modo de transferência (autónoma ou com ajuda, para posição de pé ou sentada) reações do RN e dos pais; descrição de interrupção se a houver;
- ✓ Planear com os pais uma nova sessão de modo a estimular a motivação parental e permitir uma melhor organização do trabalho de enfermagem. .

|   |                          |                 |            |                        |               |
|---|--------------------------|-----------------|------------|------------------------|---------------|
| <b>Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/></b> |                          | <b>Aprovado</b> |            | <b>Próxima Revisão</b> | <b>Página</b> |
| /2016   | Cátia Lucas / Enfermeiro | dd/mm /aaaa     | Enfª Chefe | /                      | 37 de 45      |
|   |                          |                 |            |                        |               |



|  |  |   |   |            |               |
|--|--|---|---|------------|---------------|
|  | <b>Tipo de Documento:</b><br>Política – PO <input type="checkbox"/><br>Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/><br>Protocolo – PT <input type="checkbox"/><br>Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/> | <b>Aplicação:</b><br>Transversal <input type="checkbox"/><br>Departamental <input type="checkbox"/><br>Específico <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Referência do Documento</b><br><br>(Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor) |            |               |
|  | <b>Título:</b>   |   | <b>Código Emissor</b>   | <b>N.º</b> | <b>Versão</b> |
|  | <b>Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais</b>   |   | ABCDE   | 0000       | 00            |

#### Documentos Relacionados

Não aplicável

#### Referências de Suporte

- [1] Coughlin, M.; Franck, L.; Gibbins, A.; Gibbins, S.; Hoath, S. (2008). The Universe of Developmental Care. A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive Care. *Advances in Neonatal Care*, 8(3), 141-147.
- [2] Eichel, P. (2001). Kangaroo care: Expanding our practice to critically ill neonates. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 1(4), 224–228.
- [3] Henning, M., Gomes, M., Morsch, D. (2010). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. 835, 835–852.
- [4] Johnston, C. C., Fillion, F. Campbell-Yeo, M. Goulet, C. Bell, L. McNaughton, K. Walker, C.-D. (2008). Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. *BMC Pediatrics*, 8, 13.
- [5] KH Nyqvist et al.(2010). State of the art and recommendations . Kangaroo mother care: application in a high- tech environment. *Acta Paediatrica*, 99:812-19.
- [6] Ludington-Hoe, S. M. (2003). Safe Criteria and Procedure for Kangaroo Care With Intubated Preterm Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(5), 579–588.
- [7] Ludington-Hoe S. M. (2011). Thirty years of kangaroo care science and practice. *Neonatal Network*, 30(5), 357–362.
- [8] Ludington-Hoe S. M.(2013). Kangaroo Care as a Neonatal Therapy. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(2), 73–75. doi:10.1053/j.nainr.2013.03.004

|  |                             |                 |            |                        |               |
|--|-----------------------------|-----------------|------------|------------------------|---------------|
| <b>Elaborado</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Revisto</b> <input type="checkbox"/> |                             | <b>Aprovado</b> |            | <b>Próxima Revisão</b> | <b>Página</b> |
| /2016  | Cátia Lucas /<br>Enfermeiro | dd/mm<br>/aaaa  | Enfª Chefe | /                      | 38<br>de 45   |
|  |                             |                 |            |                        |               |

|  |  |   |   |            |               |
|--|--|---|---|------------|---------------|
|  | <b>Tipo de Documento:</b><br>Política – PO <input type="checkbox"/><br>Procedimento – PR <input checked="" type="checkbox"/><br>Protocolo – PT <input type="checkbox"/><br>Instrução de Trabalho – IT <input type="checkbox"/> | <b>Aplicação:</b><br>Transversal <input type="checkbox"/><br>Departamental <input type="checkbox"/><br>Específico <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Referência do Documento</b><br><br>(Tipo de Documento.Nº/Aplicação.Código Emissor) |            |               |
|  | <b>Título:</b>   |   | <b>Código Emissor</b>   | <b>N.º</b> | <b>Versão</b> |
|  | <b>Emissor: Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais</b>   |   | ABCDE   | 0000       | 00            |

[9] Mörelius, E., Theodorsson, E., & Nelson, N. (2005). Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. *Pediatrics*, 116(5), 1105–1113.

[10] Neves P.N., Ravelli A.P.X., Lemos J.R.D. (2010). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puerperas. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS);31(1):48-54.

[11] Stikes, R., & Barbier, D. (2013). Applying the plan-do-study-act model to increase the use of kangaroo care. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 70–8.

[12] World Health Organization (2003). *Kangaroo Mother Care a practical guide*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research

[13] World Health Organization. (2012). *Born too soon: The Global Action Report on Preterm*. Geneva: WHO. Disponível em: [www.who.int](http://www.who.int) . Acedido em: 05-05-2015.

#### Observações

Não aplicável

| Elaborado <input checked="" type="checkbox"/> Revisto <input type="checkbox"/> |                          | Aprovado    |            | Próxima Revisão | Página   |
|--|--------------------------|-------------|------------|-----------------|----------|
| /2016  | Cátia Lucas / Enfermeiro | dd/mm /aaaa | Enfª Chefe | /               | 39 de 45 |
|  |                          |             |            |                 |          |



## Apêndice 9- Apresentação da sessão de trabalho realizada com a equipa de enfermagem da UCIN

O Método Canguru como terapêutica de Enfermagem facilitadora da experiência transicional da criança e família na UCIN

### Sessão de trabalho

Orientadora: Prof.ª Teresa De Oliveira Marçal  
Enf.ª Ana Isabel Gregório  
Aluna: Cátia Lucas, nº 6086



## Objetivos

- Apresentar o projeto inserido no 6º CMEESIP
- Discutir e refletir sobre a prática do MC na UCIN
- Apresentar o procedimento sobre o MC
- Partilhar sugestões a contemplar no procedimento
- Praticar a técnica de colocação do RN em MC em modelos

## Problema

### • Prematuridade

20 milhões de RN Pt

Tmortalidade neonatal 1,94% Portugal

7,7% nascimentos de RN Pt Portugal



+ 1,9 % do que em 1990

(WHO, 2012)

## Problema

- Fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem e resultados a atingir

-Desenvolvimento Infantil  
-Vinculação  
-Parentalidade  
-Dor  
entre outros...



-Desenvolvimento infantil saudável  
-Experiência de vinculação segura  
-Aprendizagem da parentalidade  
-Ajuda no confronto com situações de dor

(RMDE, 2007)

## Benefícios do MC

### RN

- Melhoria da estabilidade fisiológica
- Início mais precoce da amamentação
- Melhoria na qualidade de sono
- Aumento ponderal
- Fortalecimento relação pais/bebé
- Diminuição da percepção de dor
- Diminuição da probabilidade de infeção
- Alta precoce
- Diminuição da mortalidade neonatal

Ludington-Hoe (2011)

### Pais

- Contacto precoce com o bebé
- Fortalecimento da vinculação
- Ajuda na vivência da parentalidade
- Papel ativo na parceria de cuidados
- Participação no consolo/conforto ao bebé
- Melhor conhecimento das características do seu bebé
- Maior sucesso na amamentação

DGS (2006)

### • Evidência

Pode evitar até 450 000 mortes de RN Pt por ano, se a cobertura universal fosse alcançada

MC deve ser oferecido a todos os RN, independentemente da idade gestacional e condições clínicas, em qualquer ambiente, mesmo onde a tecnologia é mais avançada

(WHO, 2012)

MC apontado como redutor da mortalidade neonatal, mas só uma pequena parte de RN que poderia beneficiar dele o recebe realmente

(WHO, 2015)





Praticar.....







## Apêndice 10- Folheto Método Canguru

O Método Canguru, tal como a alimentação, nutre o bebé de proximidade, afecto e amor. É um direito seu e do seu bebé, viva-o plenamente.



Fonte: OMS (2003)



Folheto realizado por: Cátia Lucas, Enf.ª e aluna do 6º Curso de Mestrado de Especialização na Área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Fotografias gentilmente cedidas pelas famílias de crianças internadas na UCIENP,

### Sabia que...

1

#### O Método Canguru (MC),

- \* consiste na colocação do bebé, apenas com a fralda, com o peito junto ao peito da mãe, pai ou substituto em contacto pele-a-pele?
- \* iniciou-se em 1979, na Colômbia, como meio e aquecimento dos bebés e uma alternativa à inexistência de incubadoras suficientes e ao elevado número de infeções em meio hospitalar?
- \* deve, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ser oferecido a todos os bebés, independentemente da idade gestacional e condições clínicas, em qualquer ambiente?
- \* tem benefícios comprovados na estabilidade do bebé, controlo térmico, vinculação, amamentação e mortalidade neonatal?
- \* pode e deve ser iniciado com o seu bebé o quanto antes e todos os enfermeiros desta UCIEN estão disponíveis e formados para vos ajudar?

2

#### São Benefícios do Método Canguru:

##### Para o bebé

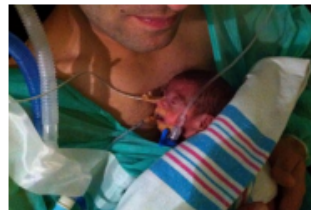
- \* Melhoria da estabilidade fisiológica
- \* Início mais precoce da amamentação
- \* Melhoria na qualidade de sono
- \* Aumento de peso
- \* Fortalecimento da relação pais/bebé
- \* Diminuição da percepção de dor
- \* Diminuição da probabilidade de infeção
- \* Alta precoce
- \* Diminuição da mortalidade neonatal

##### Para os pais

- \* Contacto precoce com o bebé
- \* Fortalecimento da vinculação
- \* Ajuda na vivência da parentalidade
- \* Papel ativo na parceria de cuidados
- \* Participação no consolo/conforto ao bebé
- \* Melhor conhecimento das características do seu bebé
- \* Maior sucesso na amamentação

#### Antes de realizar o MC deve:

- \* Estar informado sobre o MC
- \* Assegurar junto dos profissionais de saúde a possibilidade de realizar MC, de acordo com a estabilidade do seu bebé
- \* Ter tempo disponível para realizar o MC (mínimo 1 hora, ideal durante 2h ou mais)
- \* Trazer vestido uma camisa ou camisola fácil de alargar no peito
- \* Não utilizar perfumes ou cremes com cheiro forte
- \* Ir previamente ao WC
- \* Estar bem alimentado
- \* Ter junto a si uma garrafa de água
- \* Caso esteja a amamentar ou a extrair leite materno, aconselha-se a extracção prévia de leite



Este é um momento único de partilha e de amor, relaxe e desfrute-o com o seu bebé...